



Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

Option : Psychologie Clinique

Thème

***Le stress aigu chez les femmes bipares césarisées en
urgence***

Étude de 05 cas à l'hôpital d'Akbou

Préparé par :

M^{lle} BEDDAR Sonia

Encadré par :

Dr TOUATI Saida

2022/2023

Remerciements

Tout d'abord,

*Je remercie dieu le tout puissant de m'avoir donné la force et la
volonté de réaliser ce modeste travail*

*Je souhaite exprimer ma profonde gratitude et mes sincères remerciements à
ma promotrice, Mme Touati Saida qui grâce à son encouragement et son aide, ce travail a
pu voir le jour, je la remercie aussi pour son encadrement exceptionnel, sa
disponibilité et sa patience durant la préparation de ce mémoire*

*Mes remerciements s'adressent aussi à tout le personnel du service de maternité de
l'établissement hospitalier «Akloul Ali» d'Akbou pour leur accueil, ainsi qu'aux mères qui ont
participé à cette recherche*

*En fin, Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans l'élaboration ce travail de
près ou de loin.*

Sonia

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mon cher père qui m'a été d'un grand soutien dans ce travail, mais aussi au cours de tout mon cursus scolaire, à ma chère mère aussi à qui je dois un amour profond, que dieu le tout puissant les protège et les garde.

Mes chères sœurs : Safia, Hania et Sabrina.

Mes chers frères : Toufik et Ferhat ainsi que mes belles-sœurs Cilia et Siham

Mes adorables neveux : Rayane, Amir et Wassim

Ma petite nièce : Assil

Mes meilleures amies : Safia, Nadjet, Nesrine, Imane, Chafiaa, Warda et Sassa.

Sonia

Table des matières

Introduction	1
--------------------	---

Partie théorique

Chapitre I: la césarienne du point de vue médical

Préambule

1- Définition	4
2- Aperçu historique	5
3- Les types de césarienne	6
3-1- La césarienne programmée	6
3-2- La césarienne en urgence	6
4- Les indications de la césarienne	7
4-1- Les indications de la césarienne programmée (ou prophylactique)	7
4-2- Les indications de la césarienne en urgence	8
5- La pratique de la césarienne et les techniques chirurgicales	9
5-1- La pratique de la césarienne	9
5-2- Les techniques de la césarienne	10
6- Les complications précoces de la césarienne	12
6-1- Les complications précoces maternelles	12
6-2- Les complications fœtales à la naissance	15
7- Les conséquences tardives de la césarienne	17
7-1- Les conséquences tardives sur la mère	17
7-2- Les conséquences tardives sur le bébé	19
8- La prise en charge des femmes césarisées	20
8-1- La prise en charge postopératoire	20
8-2- La pharmacothérapie	21
Résumé	23

Chapitre II : le stress et la césarienne en urgence

Préambule

1- Définitions	25
1-1- Définition de l'angoisse	25
1-2- Définition de l'anxiété	25
1-3- Définition du stress	26
2- Aperçu historique	26
3- Le noyau symptomatique du stress	27
3-1- Les symptômes psychologiques	27
3-2- Les symptômes somatiques	27
3-3- Les symptômes comportementaux	28
4- Les types de stress et leurs critères diagnostiques	28
4-1- Le stress aigu	28
4-2- Le stress post-traumatique	32
5- Les facteurs de risque du stress	36
5-1- Les facteurs tempéramentaux	36
5-2- Les facteurs environnementaux	36
5-3 -Les facteurs génétiques et physiologiques	37
6- Les théories explicatives du stress	37
6-1- Les théories biologiques	37
6-2- Les théories transactionnelles	38
6-3- Les théories cognitives	40
7- Quelques travaux réalisés sur le stress et la césarienne	40
Résumé.....	42

Problématique et formulation des hypothèses

1-Problématique	45
2- Hypothèse de la recherche	47

3- Définition des concepts.....	47
---------------------------------	----

La partie pratique

Chapitre III: méthodologie de la recherche

Préambule

1- Présentation du terrain de la recherche	50
2- Le groupe de recherche	50
2-1- Les critères de sélection	50
2-2- Les caractéristiques du groupe	51
3- Méthode et techniques	51
3-1- La méthode utilisée	51
3-2- Les techniques d'investigation	52
3-2-1- L'entretien clinique	52
3-2-2- L' échelle d'impact de l'évènement (IES-R)	53
4-Le déroulement de la recherche	54
Résumé.....	55

Chapitre IV: présentation et analyse des données

1-Présentations des cas	57
Cas N°01 : Siham	57
Cas N° 02 :Nora	59
Cas N° 03 :Yasmina	61
Cas N°4 : Kahina	62
Cas N° 05 :Nouara	64
2-Synthèse des résultats et discussion des hypothèses	66
Conclusion	69
Liste bibliographique.....	71

Annexes

L'arrivée et la naissance d'un enfant sont des événements majeurs dans la vie d'une femme, du fait des grands changements qu'ils apportent sur les plans physique et psychique chez cette dernière.

La naissance est marquée par un autre événement qui est l'accouchement, ce dernier se produit souvent par voie vaginale. Cependant, quelques fois, il peut y avoir des complications médicales qui empêchent le déroulement de celui-ci par voie naturelle (un bassin chirurgical, les maladies des ovaires, les anomalies de l'appareil génital, etc.). Dans ce cas, le médecin programmera une césarienne, afin d'éviter la mortalité et la morbidité maternelles et aussi celles de l'enfant.

Il arrive de plus que certaines complications de l'accouchement apparaissent pendant le travail (la pré rupture, les hémorragies, la souffrance fœtale). Quand cela se produit, le médecin intervient immédiatement pour prendre la décision de pratiquer une césarienne en urgence.

Dans ces conditions, la césarienne peut être ressentie comme un événement subit, inattendu, violent voire traumatisant. Ainsi, certains troubles, comme le stress aigu ou le stress post-traumatique peuvent apparaître chez les femmes qui y sont soumises.

Notre recherche porte, en effet, sur le stress aigu chez les femmes césarisées en urgence lors du deuxième accouchement, et après avoir vécu l'expérience d'un accouchement par voie naturelle la première fois.

Notre travail est divisé en deux parties : tout d'abord, la partie théorique, celle-ci contient deux chapitres : le premier est consacré aux aspects médicaux de la césarienne ; et le deuxième chapitre est réservé au stress, plus particulièrement à sa symptomatologie, à son étiologie ainsi qu'à quelques travaux réalisés sur ce dernier et sur la césarienne.

Quant à la partie pratique, celle-ci comporte aussi deux chapitres : dans le premier, nous avons présenté la méthodologie de notre recherche, et dans le second la description et l'analyse des résultats. Enfin, nous terminons par une synthèse des résultats et une discussion des hypothèses.

Partie théorique

Chapitre I

La césarienne du point de vue médical

Préambule

La césarienne est une technique d'accouchement artificiel utilisée dans la chirurgie obstétrique en cas d'apparition des complications, telles que la souffrance fœtale ou de dystonie, qui empêchent l'accouchement par voie naturelle et mettent en danger la vie de la mère et de son bébé. Elle se fait à partir des techniques opératoires et anesthésiques qui offrent une sécurité materno-fœtale.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la césarienne et son historique, ses indications, sa pratique, ses complications qui peuvent survenir aussi bien chez la mère que chez le bébé, ses conséquences et la prise en charge médicale des femmes césarisées.

1-Définition

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à pratiquer une incision au niveau du ventre de la mère pour extraire l'enfant de l'utérus. L'incision est habituellement horizontale « transversale », à la hauteur des poils pubiens, ou plus rarement verticale en partant du nombril « sous ombilical ». Elle permet d'accéder à l'utérus qui contient le bébé protégé par les membranes et le liquide amniotique (Meneux, 2002, p.03).

La césarienne est réalisée par un obstétricien dans un bloc opératoire, sous anesthésie qui se choisit selon le degré de l'urgence. Généralement, l'anesthésie la plus utilisée est la locorégionale qui permet à la mère de vivre la naissance de son enfant et réduit les risques anesthésiques maternel et fœtal. Cette anesthésie locorégionale est le plus souvent une anesthésie péridurale.

Si elle a été posée au cours du travail, son efficacité est renforcée par des doses plus concentrées en anesthésiques. Si n'y avait pas de péridurale, ou si la césarienne est faite avant tout travail, l'anesthésiste fera une rachianesthésie, c'est-à-dire que le produit anesthésique est injecté directement dans le liquide qui enveloppe la moelle épinière ce qui provoque une anesthésie plus rapide que la péridurale. Actuellement, le recours à l'anesthésie générale est rare, et motivé par les situations d'urgence extrême ou de contre-indication à l'anesthésie locorégionale (Lansac, 2011, p.244).

2- Aperçu historique

L'étymologie du mot césarienne dérive du latin « Cesare » qui signifie «couper», évoqué dans la mythologie grecque et romaine.

Les premières traces de césarienne ont été retrouvées dans la mythologie gréco-romaine à la naissance d'Asclépios, le fils d'Apollon et Coronis, cette dernière malgré qu'elle fût enceinte elle trompa son époux. De ce fait, Apollon tua Coronis comme punition d'adultère; mais avant, il incisa son ventre pour extraire et sauver la vie de son bébé. Ce fut la première césarienne dans la préhistoire, beaucoup de légendes parlent de la césarienne à cette époque, mais elle reste une intervention réalisée uniquement sur les femmes mortes (Espess *et al.*, 2010, p.6).

Au-delà de la légende, la pratique de la césarienne post mortem s'est retrouvée dans l'époque Talmudique, ainsi que dans la Rome antique sous le règne de Numa Pompilius (715-673 av-J-C) où la césarienne devint obligatoire dans la législation (Gracia, 2015, p.1).

À partir du moyen âge, Guy Chauliac (1298-1368) en fait préciser la technique opératoire, et décrit que « la femme soit ouverte avec un rasoir de long à costé gauche, d'autant que cette partie-là est plus libre que la dextre à cause du foye, en y mettant les doigts, l'enfant en soit retiré ».

À la renaissance apparut la pratique de la césarienne sur la femme vivante, plus particulièrement en 1581, lorsque François Rousset qui était un médecin parisien, publia son ouvrage intitulé « Traité nouveau de l'hystérotomie ou enfantement caesarien », dont il préconisa l'extraction de l'enfant par incision latérale du ventre de la femme grosse ne pouvant pas accoucher, et cela sans préjudicier à la vie de l'un et de l'autre. À cette époque, il fit grand bruit dans le milieu obstétrical et fut le premier à introduire la possibilité de faire une césarienne sur une femme vivante. À la base de son livre, quelques praticiens commencèrent à réaliser des césariennes sur des femmes vivantes (Delotte *et al.*, 2007, p.16).

À partir de XVIIe siècle, quelques praticiens de différents pays furent réussir les premières césariennes, citons :

En France, la première césarienne réussie date de 1689 à Xaintes, réalisée par Jean Ruleau, l'enfant a vécu deux jours et la mère a survécu.

En îles Britanniques, la première césarienne réussie était faite en Janvier 1738 réalisée par Marie Donally, une sage femme Irlandaise, la mère et l'enfant survécurent.

La première césarienne en Amérique a eu lieu le Janvier 1794 en Virginie, réalisée par Jesse Bennet qui était un médecin de campagne, il avait césarisé son épouse et réussit à les sauver (Espess et, 2010, pp.58-60).

De nos jours, la césarienne a bénéficié de progrès scientifiques et techniques qui ont permis le développement de matériels opératoires et les techniques d'anesthésie pour faciliter cette intervention (Meneux, 2002, p.4).

3-Les types de césarienne

Nous distinguons deux types de césarienne en fonction des conditions qui la rendent nécessaires :

3-1- La césarienne programmée

Elle peut être proposée si des difficultés dans le déroulement de l'accouchement sont prévisibles et susceptibles d'entraîner des conséquences pour le bébé ou la maman. IL existe diverses situations qui empêchent l'accouchement par les voies naturelles, et nécessite de programmer une césarienne, quand: le bassin est trop petit ou le fœtus est trop gros, mauvais positionnement du placenta, parce qu'il y a un obstacle qui empêche l'enfant de passer par voie basse. Pour le bébé: il se présente par le siège ou son poids estimé est important et dans le cas des jumeaux (Haute autorité de santé, 2013, p.5).

3-2- La césarienne en urgence

Cette césarienne se fait pour deux raisons : en cours de travail quand l'accouchement par voie basse devient impossible, ou pratiquer en urgence pour sauver la mère ou l'enfant (HAS, 2013, p.4).

Elle se pratique en cours du travail, à tout moment pour diverses raisons, l'obstétricien prend la décision de réaliser une césarienne, en cas: d'anomalie de rythme cardiaque du bébé, de stagnation de la dilatation cervicale, de non-engagement à dilatation complète du passage du cardon dans le vagin (procidence), des complications maternelles d'une pathologie préexistante, mauvaise présentation du fœtus.

En dehors du travail, elle peut être faite en urgence lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie de la mère et /ou du fœtus. Par exemple dans les cas: l'hypertension artérielle sévère ou ses complications, comme les troubles de la coagulation du sang(HELLP syndrome, associe une hémolyse, une élévation des enzymes hépatiques et une thrombopénie), le placenta proevia qui entraîne des saignements sévères, le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI), l'infection de l'œuf (chorioamniotite), la souffrance fœtale chronique ou aiguë, le retard de croissance intra-utérine sévère (Lansac,2011,p.245).

Il est à préciser que selon la haute autorité de santé (HAS, 2013) une césarienne programmée peut devenir une césarienne en urgence, si le travail débute avant la date prévue de l'intervention (HAS, 2013,p.5).

4-Les indications de la césarienne

Nous pouvons distinguer deux types d'indication :

- Les indications portées en consultation prénatale avant toute entrée en travail.
- Les indications portées en salle de travail du fait d'un tableau clinique, d'un problème pathologique actuel passé inaperçu à l'examen du neuvième mois ou d'une évolution anormale du travail. Dans la plupart des cas dont 50 à 70%, la césarienne est décidée du fait d'indications multiples ou associées (Lansac *et al*, 2011, p.465).

4-1- Les indications de la césarienne programmée (ou prophylactique)

L'indication est portée en consultation au cours des visites prénatales, il s'agit des situations suivantes :

- Un bassin chirurgical.
- Un obstacle praevia connu (placenta recouvrant, fibrome, kyste ovarien, rein pelvien, tumeur sacrée ou hémi-utérus).
- Une anomalie ou lésion de l'appareil génital: cicatrice utérine de mauvaise qualité, cancer du col, anomalie du vagin, une anomalie du périnée (fistule, déchirure compliquée ou prolapsus réparé).

-Une cause maternelle: hypertension artérielle, cardiopathie, accident vasculaire cérébral, insuffisance respiratoire.

-Une cause annexielle: le placenta praevia ou accreta.

-Une cause fœtale: souffrance fœtale chronique dans le cadre d'une hypertension artérielle, d'une allo-immunisation, d'un diabète, d'une grossesse multiple, d'une présentation dystocique (siège, transverse), malformation fœtale (Lansac *et al*, 2011, p.466).

4-2- Les indications de la césarienne en urgence

Ces indications sont portées pendant le travail pour un accouchement normal, en cas d'apparition des obstacles qui empêchent d'achever l'accouchement normal.

4-2-1- Urgence maternelle: la prérupture

Elle est devant l'hypertonie avec mauvais relâchement entre les contractions, apparition des douleurs segmentaires ou de saignements survenant dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail).

4-2-2- Urgence annexielle: hémorragie

Elle est due à un placenta praevia recouvrant ou à une hémorragie persistante après amniotomie, un hématome rétroplacentaire avec enfant vivant, la rupture d'un vaisseau praevia diagnostiqué devant un liquide amniotique sanglant.

4-2-3- Urgence fœtale: souffrance fœtale

Parmi les indications d'une urgence fœtale, nous trouvons la procidence du cordon qui est plus souvent associée à une souffrance fœtale aiguë, c'est une indication d'extrême urgence sauf si l'enfant est mort. Une autre indication, quand la tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps), ou sur une présentation au siège à dilatation complète sans anomalie du rythme cardiaque fœtale, à moins que l'on ne préfère une grande extraction parfois plus rapide (Lansac *et al*, 2011, p.267).

5- La pratique de la césarienne et les techniques chirurgicales

5-1- La pratique de la césarienne

5-1-1- La préparation

Avant le début de l'opération, la femme nécessite une préparation, il est obligatoire de : retirer le vernis à ongles, les bijoux et le rasage de pubis.

Une fois au bloc opératoire, tout d'abord, en commençant par une pose d'une perfusion et tensiomètre ; suivi par la mise en place de l'anesthésie, on utilise souvent l'anesthésie locorégional (péridurale ou rachianesthésie).

Ensuite, il faut installer la femme sur la table, complètement ou partiellement dénudée, en position allongée avec ou non attachement des bras en croix. Puis, on pose la sonde urinaire.

Enfin, on a l'installation du champ opératoire et les draps stériles (HAS, 2013, p.6).

5-1-2- L'acte chirurgical (l'opération)

Il consiste à:

- Inciser transversalement l'abdomen au niveau des poils pubiens, de façon à ce que la cicatrice reste invisible après. S'il a déjà une cicatrice verticale sous l'ombilic, le chirurgien reprendra la même cicatrice ;
- Les muscles de la paroi abdominale sont écartés non sectionnés ;
- La vessie est écartée.
- L'utérus est incisé transversalement à la jonction entre le haut du col et la partie épaisse du muscle utérin ;
- La poche des eaux est ouverte, et on aspire le liquide amniotique. Le chirurgien glisse sa main dans l'utérus, sous la tête du bébé pour la guider hors de ventre alors que son aide appuie fortement sur le fond utérin pour faire sortir le bébé.
- Le cordon est sectionné et le pédiatre ou la sage femme reçoit le bébé dans un linge stérile ; en cas d'une césarienne en urgence, il peut être nécessaire d'effectuer des soins de réanimation chez le bébé. Le pédiatre va aspirer le liquide que le bébé a dans la gorge, et le

placenta sera enlevé et l'utérus massé pour qu'il devienne bien dur, comme un accouchement normal.

-Le chirurgien renferme ensuite l'utérus et la paroi abdominale, et parfois, on posera un drain qui sort à côté de l'incision (Lansac, 2011, p.245).

5-2-Les techniques chirurgicales

Il existe plusieurs techniques chirurgicales pour la réalisation de la césarienne, nous allons aborder les techniques les plus anciennes datant de 1906 jusqu'au plus actuelles.

5-2-1- Les techniques transversales classiques de la césarienne

A) Technique de Pfannenstiel (1906)

Elle consiste en une incision transversale sous-pubienne basse (initialement semi-circulaire) de 12 cm, décalée des plans cutanés et aponévrotique, suivi de décollement vers le haut et vers le bas aux ciseaux, de la gaine des grands droits.

Les muscles sont ensuite dissociés sur la ligne médiane pour accéder au péritoine qui est incisé verticalement. L'hémostase est réalisée de façon concomitante.

La suture utérine est réalisée en deux plans distincts par un surjet (myomètre et endomètre), le péritoine viscéral et le péritoine pariétal sont fermés par un surjet et les muscles sont rapprochés sur la ligne médiane par des points séparés. La fermeture cutanée est laissée à l'appréciation de l'opérateur (Poinstaud et Boukerrou, 2013, p.347).

B) Technique de Mouchel (1978)

Elle consiste en une incision basse transversale de tous les plans: peau et tissu sous-cutané, aponévrose, muscles grands droits au-dessus de la naissance des pyramidaux, et péritoine avec hémostase dans le même temps.

Après suture du plan péritonéal, des points en U permettent de rapprocher les deux tranches de section de chaque muscle (Poinstaud et Boukerrou, 2013, p.348).

Cette technique est particulièrement utile en cas d'utérus cicatriciel et de tissu adhérentiel.

5-2-2- Technique de Joël Cohen

C'est une technique récente largement pratiquée et elle est proposée par Cohen Stark pour une césarienne simple, rapide et facilement reproductible quelques soient les conditions opératoires. Cette technique représente désormais la technique de référence dans le monde entier et doit être pratiquée autant que possible.

La pratique de cette technique nécessite une préparation avant l'opération, la patiente doit être installée en décubitus dorsal, jambes allongées et bras en croix.

Un sondage urinaire est nécessaire, elle est généralement retirée dans les 24 heures postopératoire.

Les limites des champs opératoires sont sous-pubienne, latérales et au-dessous de l'ombilic, de manière à laisser une fenêtre opératoire.

Les étapes de cette technique se résument comme suit :

- Une incision cutanée est réalisée transversalement à 3 cm en dessus des épines iliaques entéro-supérieures.
- Ouverture de plan sous cutané approfondie en son centre au bistouri froid jusqu'au contact de l'aponévrose. Incision de l'aponévrose transversalement en centre sur 2 cm.
- Séparation des muscles grands droits de l'abdomen par aux doigts pour écarter les muscles.
- Ouverture de péritoine pariétal aux doigts (les index).
- Séparations de l'ensemble des plans par traction manuelle.
- Incision de hystérotomie segmentaire transversalement à 2 cm au-dessus de réflexion péritonéale (Poinstaud et Boukerrou, 2013, p.350).

5-2-3- Technique de MisgaveLadach modifiée

Cette technique est issue des modifications produites sur la technique de Joël cohen. Cette dernière malgré sa simplicité et ses avantages, elle reste limitée, et cela en rapport avec une incision cutanée initiale déplaisante par son désavantage esthétique par rapport à celle Pfannentiel. Pour cela, une majorité de praticiens proposent des modifications minimales de la

technique originale pour une meilleure acceptabilité des patientes et des cliniciens. Alors elle est devenue la technique de Misgav Ladach modifiée.

Dans cette version modifiée, les innovations portent sur :

- Une incision cutanée transversale et rectiligne aux mêmes niveaux que celle de Pfannensiel, pour des raisons esthétiques.
- Le tissu sous-cutané ouvert vers le haut sur la ligne médiane, de manière à atteindre l'aponévrose du muscle grand droit au-dessus de l'insertion des muscles pyramidaux.
- L'aponévrose des muscles grands droits incisée 2 à 3 cm au-dessus de l'incision cutanée.
- Une fermeture du tissu sous cutané si sa profondeur dépasse 2 cm.
- Une fermeture cutanée, laissée à l'appréciation de l'opérateur (Poinstaud et Boukerrou, 2013, p.355).

6-Les complications précoces de la césarienne

Généralement, l'accouchement par césarienne est associé à un risque accru de complications graves sur la vie de la mère et l'enfant. De ce fait, nous distinguons deux complications majeures de la césarienne : des complications maternelles et des complications fœtales qui sont présentées comme suit :

6-1- Les complications précoces maternelles

La mortalité de l'accouchement par césarienne est de l'ordre de 3%, soit un risque six fois supérieur à celui de l'accouchement par voie basse. Les causes de ces morts sont : l'infection, les hémorragies, les accidents anesthésiques et les pathologies maternelles préexistantes. La morbidité maternelle est estimée entre 10 et 40% des cas, selon que l'on prend en compte les accidents mineurs.

Une césarienne sur trois en moyenne présente une complication qui, même si elle n'est pas grave, allonge la durée de l'hospitalisation et augmente le coût de l'accouchement, la patiente césarisée cumule les risques de l'opérée et de l'accouchée (Lansac *et al*,2011,p.269).

6-1-1- Les complications préopératoires

A) Les complications anesthésiques : le risque majeur de la césarienne est anesthésique. La prévention de risque repose sur :

-Le respect par l'équipe obstétricale des précautions simples (patiente à jeun, prise d'antiacide per os toutes 3 heures, bilan préopératoire).

- L'information de l'anesthésie qui lui permet de suivre l'évolution et le degré d'avancement d'un travail difficile, ainsi que les complications possibles, afin de préparer son anesthésie.

-Le type de l'anesthésie dépend des circonstances obstétricales et de la pathologie maternelle, et prendre en considération les contre-indications de chaque méthode et de l'habitude de l'anesthésie. L'anesthésie locorégionale doit être préférée à l'anesthésie générale chaque fois que cela est possible. Pour les césariennes programmées, il est préférable d'utiliser l'anesthésie locorégionale (rachianesthésie ou rachi péridurale combinées).L'anesthésie générale est indiquée en cas d'urgence et reste une méthode de choix pour certains car elle est rapide, fiable et reproductible.

- Le risque pour la mère est le risque d'inhalation du contenu gastrique, c'est pourquoi, il faut laisser la patiente à jeun, et lui faire absorber une solution antiacide toutes les 3 heures au cours du travail.

- Il faut donc voir venir les césariennes, et préparer les patientes par une prémédication et l'absorption d'une substance anti-acide et préférer autant que possible les anesthésies locorégionales (Lansac *et al* ,2011, pp.259 & 269).

B) L'hémorragie peropératoire : elle complique 10% des césariennes. Elle est due le plus souvent à une hémostase difficile de la tranche de section ou à une inertie utérine qui peut être prévenue par injection de Syntocinon en intraveineuse dès l'extériorisation des épaules fœtales. Les difficultés de contrôle de l'hémorragie peuvent pousser à la ligature des hypogastriques, voire même à l'hystérectomie d'hémostase (Lansac *et al* , 2011, p.269).

C) La déchirure du segment inférieur : elle est secondaire à une hystérotomie de taille inadaptée au poids fœtal ou à des manœuvres brutales lors de l'extraction de la tête. Si elle siège sur les lèvres inférieures, on répare les berges que l'on suture comme on le fait pour

l'hystérotomie. Parfois la déchirure file vers le pédicule utérin, il faut alors lier les veines déchirées, voire l'artère ou tout le pédicule.

D) Les plaies vésicales : elles sont rares (1,4 pour 1000 césariennes). Elles se font à l'ouverture du péritoine viscéral. Elles sont plus fréquentes sur un utérus cicatriciel car la vessie a pu être attirée vers le haut lors de la péritonisation. Dans ce cas, il faut inciser le péritoine assez haut. En cas de doute, on fait remplir la vessie de sérum physiologique coloré de bleu avant la fermeture du péritoine viscéral (Lansac *et al*, 2011, p.270).

6-1-2- Les complications postopératoires

Elles touchent une patiente sur trois et sont dominées par les problèmes infectieux et thromboemboliques.

A) Les complications infectieuses de site opératoire: elles représentent 20% des complications des césariennes. Les localisations sont multiples : infections urinaires dues au sondage vésical, infections pulmonaires, endométrites, pouvant entraîner une infection annexielle, voire une péritonite ou une septicémie (Lansac *et al*, 2011, pp.270-271).

Selon l'association Césarine (2016), comme après toute opération, le risque d'infection de site opératoire est présent. Des recherches statistiques sur le risque d'infection sont faites dans plusieurs pays, notamment en France, ils ont constaté que l'incidence moyenne des infections de site opératoire post-césarienne était en 2006 de 1,9%.

Dans d'autres études équivalentes des autres pays, donnent des taux d'infections nettement plus élevés, citons : 8,3 % en Norvège en 2009, 8,9 % en Angleterre en 2008.

Ces résultats indiquent une possibilité d'avoir une infection nosocomiale après une césarienne.

B) Les complications thrombo-emboliques: elles sont rares de (5 à 10%), mais graves du fait du risque vital. Elles sont plus fréquentes pour les accouchements par voie basse. Il faut donc insister sur les thérapeutiques préventives et le dépistage postopératoire biquotidien basé sur les signes de pancarte et la palpation attentive des mollets.

C) L'anémie: elle est fréquente, il faut la rechercher par la clinique et la numération systématique en postopératoire, surtout si le saignement a été important lors de l'intervention.

D) Les troubles du transit: ils sont rares et souvent associés à une collection hématique ou infectée sous péritonéale qu'il faut rechercher et évacuer. Sans oublier le syndrome d'ogilvie qui se caractérise par une dilatation colique aiguë sans obstacle d'aval, il se voit chez les femmes enceintes et particulièrement après une césarienne.

E) Des éviscérations postopératoires: ces complications ont été publiées depuis l'utilisation des méthodes rapides de césariennes. Il convient de revenir à la fermeture pariétale classique en trois plans pfannensiel. En cas de césariennes itératives, le dogme de la stérilisation à la troisième césarienne a vécu et on peut pratiquer cinq à six césariennes itératives sans augmentation de la morbidité maternelle si le segment inférieur est de bonne qualité et si la femme le désire (Lansac *et al*, 2011, pp.270-271).

6-2-Les complications fœtales à la naissance

Après une naissance par césarienne, le bébé est confronté à plusieurs complications :

6-2-1-La mortalité périnatale

Cela tient au fait que, parmi les patientes césarisées, on retrouve la pathologie obstétricale, les risques néonataux.

6-2-2-La morbidité néonatale

Parmi ces morbidités, on retrouve le risque de traumatisme fœtal comme : paralysie du plexus brachial, fracture de l'humérus. Ces complications témoignent en général de la précipitation de l'opérateur et de la méconnaissance de la mécanique obstétricale lors de l'extraction de l'enfant (Lansac *et al*, 2011, p.271).

D'autres complications fœtales sont décrites par l'association Césarine, celles-ci sont liées à l'absence de travail d'accouchement.

Dans le cas d'un accouchement normal, certaines hormones notamment les catécholamines (noradrénaline) sont sécrétées par le bébé, afin de le préparer à sa nouvelle vie à l'extérieur. Ces hormones sont importantes, car :

- Elles provoquent un afflux de sang dans les organes vitaux (cœur, cerveau).
- Elles facilitent la première inspiration.

-Elles permettent au bébé de «piocher» dans ses réserves, car il n'est plus nourri par le cordon ombilical.

-Elles éveillent le bébé, ce qu'il explique le regard intense qu'il a depuis sa naissance.

-Elle favorise également le développement olfactif permettant au bébé de distinguer sa mère des autres.

Dans le cas d'une césarienne programmée, ces hormones ne seront pas sécrétées, ce qui explique le besoin de bébé de la réanimation et d'une prise en charge immédiate.

<https://www.cesarine.org/apres/bebe/>

6-2-3-Risque de détresse respiratoire et d'inhalation de méconium

La détresse respiratoire transitoire (DRT) est une difficulté pour le bébé après sa naissance à évacuer le liquide qui se trouvait dans ses poumons. Ce trouble est souvent fréquent dans la césarienne programmée, car les poumons du bébé ne sont pas comprimés pendant le passage par le bassin et le vagin de la mère, ce qui facilite l'expulsion du liquide qu'il contient.

Le retard de résorption du liquide pulmonaire lié au fait que le thorax foetal n'est pas soumis à la compression qu'il subit par voie basse. L'enfant peut, de ce fait, souffrir d'une détresse respiratoire.

Si la césarienne est effectuée hors travail, le bébé ne bénéficie pas des mécanismes hormonaux facilitant la maturation pulmonaire.

Dans une étude faite par Morrison *et al*(1995), ils constatent que les détresses respiratoires se produisent dans 35,5 pour mille naissances par césariennes hors travail, 12,2 pour mille césariennes en cours de travail et seulement 5,3 pour mille naissances par les voies naturelles. Selon l'OMS, les complications de détresse respiratoire sont généralement traitées par une oxygénothérapie rapide.

6-2-4- Risque de blessure du bébé

Il arrive dans certains cas, que l'incision soit trop profonde à un volume qui atteigne le bébé, et cela provoque une coupure sur le corps. Cette complication semble arriver dans environ 1 % des césariennes. Dans une étude faite par Dessole (2004), celle-ci révèle

qu'environ 3% de coupures légères, et 0,1% de coupure moyenne ou sévère, et retrouve l'influence de degré d'urgence de la césarienne.

Dans une autre étude réalisée par Alexander et al (2006), les résultats montrent que les bébés subissent un taux moyen de 0,7 % des coupures, ainsi que d'autres types de blessures comme les fractures à des taux inférieurs à 1 pour 1000. Cette étude note que le degré d'urgence de la césarienne a une influence sur le taux de coupures.

Le progrès des techniques de la césarienne ont permis de limiter ce problème.

6-2-5-Risque d'usage des produits anesthésiants

Lors de la césarienne la mère sera sous anesthésie, ce qui veut dire que le bébé recevra une petite dose d'anesthésie, surtout dans le cas d'un travail long sous péridurale ou le produit a le temps de se diffuser dans le sang. Cela peut avoir des effets sur le tonus du bébé et ses capacités de succion immédiatement après sa naissance. <https://www.cesarine.org/apres/bebe/>

7-Les conséquences tardives de la césarienne

Comme toute opération, la césarienne laisse des séquelles et parfois des maladies défavorables sur la santé de la mère et celle du bébé, ces séquelles peuvent apparaître après l'opération et s'étendent à l'âge adulte

L'association Césarine a publié un article en juin 2016 sur les conséquences de la césarienne sur la mère, suivi d'un autre article publié en avril 2017 sur les conséquences sur le bébé, à long terme.

À la lumière de ces articles, nous allons présenter les conséquences de la césarienne sur la vie de la mère et celle du bébé à long terme.

7-1- Les conséquences tardives sur la mère

Trois risques majeurs peuvent affecter une femme accouchée par césarienne ultérieurement, et cela d'après les constatations de l'association Césarine en 2016. <https://www.cesarine.org/avenir/consequences/>

7-1-1- Risque d'adhérence

Les adhérences sont un défaut de cicatrisation : au lieu que la peau cicatrise avec la peau, les muscles avec les muscles etc., il se peut que certains plans cicatrisent ensemble, à titre d'exemple: la vessie pourra se coller à la cicatrice de l'utérus. Parfois, les adhérences peuvent provoquer des gênes et des douleurs, comme elles peuvent passer inaperçues et n'être détectées jusqu'au moment d'une nouvelle opération chirurgicale telle qu'une nouvelle césarienne. Les adhérences se multiplient avec le nombre d'opérations chirurgicales, par exemple on trouve quasiment deux fois plus d'adhérences après deux césariennes qu'après une seule.

7-1-2- Risque d'une césarienne lors des grossesses ultérieures

Après une première césarienne, le risque d'accoucher par césarienne lors d'une autre grossesse augmente. L'association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie obstétrique et gynécologie (Audipog) indique d'après une étude faite en 2006 sur un groupe des mères vivant leur deuxième grossesse, enceinte d'un seul enfant et ayant accouché la première fois par césarienne, qu'environ la moitié des femmes ont subi une césarienne programmée ou une césarienne en urgence avant le travail. <https://www.cesarine.org/avenir/consequences/>

Et l'autre moitié qui ont tenté d'accoucher par voie basse, elle indique que: Les trois quart ont effectivement accouché par voie basse. Et le un quart restant a subi une césarienne en cours de travail.

À partir de ces résultats, les auteurs constatent que les deux tiers (61,8 %) des mères ayant subi une première césarienne, ont subi à nouveau une césarienne.

7-1-3- Risque de placenta praevia/accreta lors des grossesses ultérieures

On dit que le placenta est praevia lorsqu'il sera trop proche du col de l'utérus, rendant le passage du bébé impossible. Son emplacement est vérifié lors des échographies de contrôle de la grossesse (il ne faut s'inquiéter qu'à partir de la troisième échographie car le placenta remonte en cours de grossesse).

Le placenta accreta est un défaut de liaison entre le placenta et l'utérus (au lieu de rester en surface de l'utérus, le placenta va profondément s'y insérer), au moment de la délivrance il

ne se détachera pas facilement, et ce qui provoquera de grave hémorragie. Le placenta accreta est difficile à dépister et dans le pire des cas, il ne sera plus possible d'avoir d'autres enfants.

<https://www.cesarine.org/avenir/consequences/>

7-2- Les conséquences tardives sur le bébé

Tout comme la mère, la césarienne peut laisser des effets tardives néfastes sur le bébé :

7-2-1- Risque d'asthme

Le risque d'asthme augmente en cas d'une césarienne. Le sur-risque exact semble difficile à évaluer car les publications donnent des valeurs assez variables. À titre d'exemple, citons :

- Une méta-analyse sur 23 études faites (en 2008) trouve un risque x 1,20 d'asthme chez les enfants nés par césarienne.

- Dans une étude faite par Roudit *et al* (2009) sur l'asthme à l'âge de 8 ans, ils constatent que les enfants nés par césarienne ont un risque élevé d'asthme environ x1,79 que ceux nés par les voies vaginales. Le sur-risque étant plus important, x 2,91 si les parents sont allergiques.

Cependant, il semble exister une association entre la détresse respiratoire et le risque d'asthme, la détresse respiratoire étant plus fréquente en cas de césarienne, ce qui pourrait expliquer pourquoi les enfants nés par césariennes sont souvent asthmatiques.

<https://www.cesarine.org/apres/bebe/>

7-2-2- Risque d'allergie

Le lien entre césarienne et les allergies semble dépendre du type d'allergie. Selon plusieurs études, on constate qu'après une césarienne, il y a risque de deux types d'allergie :

- Rhinite allergique : une méta-analyse sur 7 études faite par Bager *et al* en avril 2007, trouve un risque x 1,23.

- Allergies alimentaires : plusieurs études trouvent un lien entre la césarienne et ce type d'allergie, dont la même étude précédente de Barger *et al* (2007).

Une étude de Metsala *et al* (2010) trouve un risque x 1,18 d'allergie au lait de vache.

Une explication proposée est que lors d'une naissance par voie basse, les bactéries présentes dans la flore vaginale (les lactobacilles notamment) colonisent les intestins de l'enfant, ce qui lui assure une meilleure protection.

Dans un article publié par Dominguez-Bello *et al* (2010), la flore intestinale des enfants nés par césarienne n'est pas identique à celle des enfants nés par voie basse.

7-2-3- Risque obésité infantile

Selon une étude de Susana Y Huhet *al*(2012), déclare que le taux d'obésité à l'âge de 3 ans est deux fois plus élevé chez les enfants nés par césarienne, il est d'environ 15,7%, par rapport à celui des enfants nés par voie basse 7,5%.

Une étude chinoise en Novembre 2011, cite également que la césarienne comme un facteur de risque d'obésité infantile. <https://www.cesarine.org/apres/bebe/>

8-La prise en charge des femmes césarisées

Les femmes ayant accouché par césarienne nécessitent une prise en charge spécifique et différente à celles ayant accouché par voie basse.

8-1- La prise en charge postopératoire

8-1-1- La surveillance chirurgicale

Avant de quitter le bloc opératoire, le chirurgien doit faire une vérification globale pour la parturiente :

- Il doit contrôler le globe utérin ; et décailloter le vagin.

-Vérifier la présence d'urines dans le sac et leur aspect non hémorragique.

-Dictier le compte rendu opératoire de la césarienne en précisant les indications, en détaillant les difficultés techniques (déchirure, accidents), le type de présentation, le poids, le sexe du nouveau-né et son état à la naissance, le volume des pertes sanguines.

-L'opérateur doit déterminer avec l'anesthésiste les traitements complémentaires que nécessite la parturiente (anticoagulants, les antibiotiques, les analgésies, transfusion, numération de contrôle, date de retrait de la sonde vésicale), toutes ces consignes ainsi que les

règles de surveillance, sont retranscrites sur la feuille d'anesthésie et la feuille d'observation de la patiente.

-Le chirurgien et l'anesthésiste ne quitteront pas le bloc qu'après s'être assuré du réveil de la patiente et de la normalité du pouls, de la tension et de l'absence de l'hémorragie. De plus, il est préférable que le chirurgien donne des consignes pour un accouchement ou césarienne ultérieure (Lansac *et al*, 2011, p.482).

8-1-2- La surveillance en suite de couches

Il est nécessaire de mettre en place des équipes médicales et leur faire une procédure de surveillance spécifique en suite de couches. Cette surveillance doit porter sur les complications postopératoires liées à la césarienne tel que : la survenue d'une hémorragie retardée du post-partum, des douleurs postopératoires, les nausées ou vomissements, l'hyperthermie, la cicatrisation de la plaie et la reprise du transit. Cette surveillance doit être effectuée pluri quotidiennement par chacune des équipes médicales en rotation (Fuchs et Benhamou, 2015, p.257).

8-2- La pharmacothérapie

8-2-1- L'antibiothérapie

C'est le traitement par les antibiotiques, la césarienne augmente les risques d'infections post-partum chez les femmes, elle est parmi les complications les plus fréquentes de la césarienne de 35 à 45% des cas. Pendant la césarienne, il y a un risque élevé de contamination utérine, en cas : d'une rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures, infection génito-urinaire maternelle non ou mal traitée, fièvre pendant le travail, césarienne à dilatation complète, manœuvre par voie basse avant et pendant la césarienne, certaines pathologies comme (l'anémie, dénutrition, obésité). L'utilisation d'antibiothérapie est reconnue de nos jours par tous, elle est recommandée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (l'ANAES) et le collège national des gynécologues et obstétriciens Français (le CNGOF).

Les antibiotiques sont utilisés dans plusieurs cas, par exemple: après le clampage du cordon, s'il y a risque d'une infection anaérobie (rupture prématurée des membranes, fièvre chez la mère), il est conseillé d'injecter l'amoxicilline-acide clavulanique de 2g en une dose,

cette prescription est prolongée à la même dose par jour jusqu'à l'obtention des résultats des prélèvements bactériologiques; si les résultats sont négatifs, la prescription s'arrêtera; s'ils sont positifs, la prescription sera adaptée en fonction du germe et de sa sensibilité.

La société Française d'anesthésie et de réanimation (SFAR, 2010) a recommandé d'injecter dès le clampage du cordon le céfazoline 2g IV, le céfamandole 1,5 g IV, céfuroxime 1,5 g IV en dose unique ou, en cas d'allergie, nous injectons la clindamycine 600 mg en dose unique. En cas de suspicion d'infection, l'antibiothérapie sera poursuivie jusqu'à la réception des résultats des prélèvements, (Lansac *et al*, 2011, p.482).

8-2-2- Les anticoagulants

Ces médicaments sont utilisés en cas de risques de thrombo-embolique. Dans la plupart des temps, la césarienne associe les risques thrombo- emboliques du post-partum et du post opératoire, l'incidence des accidents de ce dernier est de 2 à 5% avec une mortalité par embolie pulmonaire de 0,1 à 0,5 %. Le traitement par anticoagulant est réservé aux populations à risque, c'est à dire les personnes qui ont des antécédents d'accidents thrombo-emboliques, varices, obésité.

Le SFAR (2005) a publié des recommandations qui sont fonction des facteurs de risque, ils exigent qu'une femme sans facteurs de risque, qui a subi une césarienne n'aura pas des anticoagulants mais seulement de la basse antithrombose. Il est préférable de faire prendre une dose par jour de l'héparine de bas poids moléculaire du fait de sa simplicité. Cependant, la posologie de médicament sera adaptée en fonction des facteurs de risque présentés par chaque parturiente: nadroparine 2500 à 5000 unité, énoxaparine 20 ou 40 mg (Lansac *et al*, 2011, p.483).

8-2-3- Les analgésies

A - L'analgésie multimodale

Elle consiste à associer différentes approches de lutte contre la douleur aiguë péri-opératoire dans une stratégie balancée visant à équilibrer l'efficacité et les effets indésirables respectifs de chacun des traitements qui la compose ; elle pose le traitement de la douleur postopératoire comme le prérequis indispensable à l'amélioration du devenir du patient (Szamburski, 2018, p.203).

L'utilisation de plusieurs antalgiques représente une base thérapeutique efficace. En France, elle comprend généralement l'utilisation de paracétamol, un ains (anti-inflammatoire non stéroïdiens) et du néfopam. Il est recommandé de faire prendre ces produits par voie orale et de façon systémique pendant les premiers jours postopératoire.

B- La morphine

Elle est toujours utilisée sous un accord professionnel, elle reste l'opiacé de référence en post- césarienne. On distingue deux types de morphine administrée au cours des premiers jours postopératoire :

- La morphine administrée par voie péri médullaire (intathécale ou péridurale) elle permet une analgésie puissante pouvant calmer les douleurs jusqu'à 24 heures postopératoire, sans risque respiratoire significatif.

-La morphine administrée par voie générale et systémique (voie orale), elle est administrée lorsque les douleurs ne sont pas soulagée après l'utilisation de la morphine péri médullaire et les antalgiques multimodales, pendant les 24 premières heures (Fuchs et Benhamou, 2016, p.259).

Résumé

La césarienne reste un outil obstétrical qui a prouvé son efficacité dans la prévention de la mortalité maternelle et fœtale, quand l'accouchement par voie basse devient impossible. Elle permet ainsi de donner de la chance aux femmes de devenir mamans et de se rencontrer avec leurs bébés. Cependant, ses conséquences sont parfois néfastes sur les deux partenaires. Sur le plan physiologique (adhérence de la peau, infections de site opératoire, anomalies placentaires, etc.), et sur le plan psychologique (la mère est confrontée à un manque de confiance en soi, à une faible estime de soi, à la dépression ou au stress), et ceci peut être lié à de nombreux facteurs, à savoir les conditions entourant l'événement, les expériences maternelles antérieures et la qualité du soutien social (famille, conjoint et professionnels de la santé) au cours de cette période sensible de la vie.

Chapitre II

Le stress et la césarienne en urgence

Préambule

Le stress est l'un des phénomènes majeurs qui influencent négativement sur le bien être des individus dans leur vie quotidienne, professionnelle et même scolaire. Il engendre des malaises et provoque des changements physiques et mentaux qui affectent l'équilibre psychique de la personne. L'exposition à un événement étrange de l'environnement déclenche une réaction physiologique élevée, notamment une réaction exagérée du système nerveux, ce qui augmente le risque de développer d'autres pathologies associées, comme les crises d'angoisse, les attaques de panique, l'anxiété et les différentes phobies.

Dans ce chapitre, nous allons présenter les définitions du stress et d'autres termes voisins, son histoire, sa symptomatologie et ses types, les facteurs de risque, les théories explicatives, et nous terminons par quelques travaux réalisés sur le stress et la césarienne.

1- Définitions

1-1- Définition de l'angoisse

Selon le grand dictionnaire de la psychologie « l'angoisse est un ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisés par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre».

La psychanalyse le définit comme «un affect de déplaisir plus ou moins intense qui se manifeste à la place d'un sentiment inconscient chez un sujet dans l'attente de quelque chose qu'il ne peut nommer». Selon Freud « l'angoisse est une peur devant un danger qui reste inconnu, indéterminé, venant le plus souvent de l'intérieur de soi. C'est une réaction d'alarme primitive, inscrite dans le corps, comme réflexe archaïque» (Bloch *et al*, 2011, p.70).

1-2- Définition de l'anxiété

Le dictionnaire fondamental de la psychologie définit l'anxiété comme « un état de non quiétude dans lequel prédomine l'appréhension d'une situation qui, bien que généralement indéterminée, pourrait s'avérer désagréable, voire dangereux » (Bloch *et al*, 2002, p.74).

Pour Pierre Pichot (1987, cité dans Bloch *et al*, 2011, p.70) « l'anxiété (ou l'angoisse) est un état émotionnel fait sur le plan phénoménologique de trois éléments fondamentaux : la

perception d'un danger imminent, une attitude d'attente devant ce danger et un sentiment de désorganisation lié à la conscience d'une impuissance totale en face de ce danger».

1-3- Définition du stress

Selon le dictionnaire de la psychologie, le stress est un terme utilisé pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. Il se définit aussi comme tout facteur susceptible de détruire cet équilibre, qu'il soit d'origine physique, chimique ou psychologique. Le mot stress désigne à la fois, l'action de l'agent d'agression et la réaction du corps (Sillamy, 2003, p.256).

Le stress est un agent externe perçu par un individu dans un espace-temps donné ; celui-ci met en jeu des défenses mentales pour y faire face, les automatismes biologiques accompagnant simultanément le jeu des défenses mentales (Stora, 2000, p.07). Hans selye (1935, cité dans Stora 2000, p.74) introduit le concept de stress en tant que syndrome ou ensemble des réactions physiologiques non spécifiques de l'organisme à différents agents nocifs de l'environnement de nature physique ou chimique.

2-Aperçu historique

Le stress est un mot de la langue anglaise courante, il dérive du latin «stringere» qui signifie «tendre raide, serré», qui a donné naissance à atteindre. La plus ancienne mention de l'anxiété est considérée comme : «un état d'esprit dont tous les humains souhaitent se débarrasser. Cette définition est attribuée à Ali Ibn Hazm de cordoue, qui est un philosophe et un homme de lettres du XIe siècle.

Au XVIIe siècle, en Angleterre le mot stress signifie un état de détresse «distress», qui est défini en rapport avec l'oppression, la souffrance, l'adversité.

En 1890, William James évoque dans son livre intitulé « Traité en psychologie» la transmission au corps de l'événement émotionnel déclenchant par un mécanisme réflexe pré organisé.

En 1913, Karl Jaspers dans son livre sur «La psychopathologie générale» pose trois conditions des réactions pathologiques vraies, sont:

- La réaction n'intervient qu'après un événement.

-Entre l'événement et l'état réactionnel qui en découle se noue une relation compréhensible,

- Si l'événement disparaît, l'effet se réduit progressivement ou cesse.

En 1914, Walter Bradford Cannon qui est un physiologiste Américain, médicalise le terme de «stress» pour désigner les réactions physiologiques liées aux émotions.

Puis en 1928, le stress désigne les réactions à toutes les agressions telles qu'elles soient susceptibles de mettre en jeu de manière comparable le système neurovégétatif.

En 1936, Seley en se basant sur les observations de Cannon, fait paraître le résultat de recherche sur l'animal. Et il décrit le syndrome général de l'adaptation, aspécifique, obtenu par la confrontation à divers agents agresseurs. Selon Seley, le binôme agression/ réaction permet de définir le concept de stress (cités dans Guelf et Rouillon, 2012, p.228).

3-Le noyau symptomatique du stress

Le stress affecte le bien être de l'individu dans plusieurs dimensions, il peut être détecté à travers différents symptômes. Parmi eux, nous citons :

3-1- Les symptômes psychologiques

La perception de la fatigue qui est le syndrome le plus fréquent, les difficultés de concentration, l'apparition de quelques troubles comme l'anxiété et la dépression, l'irritabilité et la nervosité qui se traduisent par l'impulsivité et des changements au niveau de la personnalité : une démotivation, une baisse estime de soi et la perte de confiance en soi.

3-2- Les symptômes somatiques

Le symptôme somatique le plus fréquent lié au stress, c'est les tensions musculaires, les muscles tendus peuvent provoquer des douleurs au niveau de dos, le cou, les épaules et les mâchoires.

- L'apparition des insomnies (surtout les réveils au milieu de la nuit ou des difficultés à s'endormir).

- Des douleurs chroniques suivies des troubles digestifs, comme : gorge serrée, nœud à l'estomac et douleurs au niveau de ventre voire ulcère.
- L'apparition des douleurs articulaires et des maladies cardiovasculaires et autres maladies psychosomatiques.
- L'apparition des troubles sexuels comme l'inhibition de la libido, et des troubles gynécologiques.
- Dans certains cas, le stress favorise l'apparition de quelques troubles cutanés comme : les boutons rouges, démangeaisons, les chutes brutales des cheveux.

3-3- Les symptômes comportementaux

Ces symptômes apparaissent comme des anomalies dans le comportement de l'individu, citons : l'agressivité, l'inhibition ou l'agitation et l'hyperactivité.

- consommation excessive d'alcool ou de tabac supérieurs aux habitudes de l'individu.
- l'apparition des comportements boulimiques ou de troubles d'anorexie (Fleiszman et Marcy, 2004, p.146).

4-Les types de stress et leurs critères diagnostiques

Plusieurs formes du stress ont été décrites dans les ouvrages de psychopathologie, nous allons nous focaliser sur deux types qui semblent assez fréquents chez les post-accouchées, qui sont : le stress aigu et le stress post-traumatique. Nous présentons ci-après la définition de ces deux formes cliniques ainsi que leurs critères diagnostiques selon le DSM-5 (2013/2015) :

4-1- Le stress aigu

C'est la réponse de notre corps à une agression souvent violente et ponctuelle, c'est la réponse de survie de notre organisme (Fleiszman et Marcy, 2004, p.15).

Dans ce qui suit, nous allons présenter les critères diagnostiques du stress aigu selon le DSM-5. Ces critères doivent être apparus à partir du troisième jour après l'événement traumatique jusqu'à un mois. Si la personne manifeste ces symptômes pendant plus d'un mois, dans ce cas, on dira qu'elle a développé un stress post-traumatique.

- **Les critères diagnostiques**

A- Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une(ou plus) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin directe d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p.ex. Intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B: cela ne s'applique pas à des expositions par intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle

B-Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle ces cinq catégories suivantes : Symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

Symptômes envahissants

1- souvenir répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B: chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme (Association Américaine de psychiatrie, 2015, pp.331-332)..

2- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement ou aux événements traumatiques.

N.B: chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3- Réactions dissociatives (p.ex. Flashbacks (scènes rétrospectives)) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se produire (de telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'événement).

N.B: chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Humeur négative

5- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs

6- Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p.ex. Se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).

7- Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues) (APA, 2015 , p.332).

Symptômes d'évitement

8- Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

9- efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, sentiments) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Symptômes d'éveil

10- Perturbation du sommeil (p.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

11- Comportement irritable ou excès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

12- Hyper vigilance.

13- Difficultés de concentration.

14-Réaction de sursaut exagéré.

B- La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme. N.B les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à un mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.

C- La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D- La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. médicaments ou alcool) ou à une autre affection médicale (p.ex. Lésion cérébral traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref (APA, 2015, pp.332-333).

4-2- Le stress post-traumatique

C'est être exposé à un événement violent, mettant en danger sa propre vie ou celle d'autrui, il se traduit par des réactions tout à fait particulières. La personne ressent une peur intense, avec un sentiment d'horreur et d'impuissance. Par la suite, elle est sans réaction, comme dans le brouillard, avec une perte de ses repères. Elle a beaucoup de mal à se souvenir de la nature du traumatisme, mais elle essaie en permanence de reconstituer la situation et a l'impression de la vivre à nouveau. Plus tard, peuvent survenir un ensemble de signes, qui dépendent de l'intensité et de la durée du traumatisme ainsi que de l'organisation de la personnalité de la victime : hyper vigilance, difficulté de concentration, irritabilité, insomnie, signes d'anxiété (phobie, actes compulsifs), panique, troubles de l'humeur et la désadaptation à la réalité sociale et familiale (Wainsten, 2012, p.905).

- **Les critères diagnostiques**

A-Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1-En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.

2-En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3-En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4-En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p.ex. intervenant de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). Exception : ces critères ne s'appliquent pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle (APA, 2015,p.320).

B-Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1-Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. N.B : chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2-Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement ou aux événements traumatiques.

N.B : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3- Réactions dissociatives (p.ex. Flashbacks (scènes rétrospectives)) aux cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se produire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

N.B: chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4-Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5-Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques

C- Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques comme en témoignent la présence de l'une ou de deux manifestations suivantes :

1-Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2-Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments

associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse (APA, 2015, p.320).

D- Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1-Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2-Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p.ex. « Je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux, « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3-Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4-Etat émotionnel négatif persistant (p.ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5-Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6-Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7-Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex. Incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E-Altérations marquées de l'éveil ou de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent ou (ou plus) des éléments suivants :

1-Comportement irritable ou excès à la colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2-Comportement irréfléchi ou autodestructeur (APA, 2015, p. 321).

3-Hyper vigilance.

4-Réaction de sursaut exagéré.

5-Problèmes de concentration.

6-Perturbation du sommeil (p.ex. Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F- La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H- La perturbation n'est imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. Médicament, alcool) ou autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs: les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique de plus, et en réponse aux facteurs de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants récurrents suivants :

1-**Dépersonnalisation:** expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ces processus mentaux ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2- **Déréalisation:** expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p.ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

N.B : Pour retenir ce sous type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. Période d'amnésie) ou à une autre affection médicale (p.ex. Epilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée: si l'ensemble des critères diagnostiqués n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats) (APA, 2015, pp.321-322).

Selon Elia Joséphine dans un article publié en avril 2021, le trouble de stress aigu et le trouble du stress post-traumatique sont des troubles traumatiques liés au stress. Ils ont été considérés comme des troubles anxieux, mais sont maintenant considérés comme distincts parce que beaucoup de patients n'ont pas de l'anxiété, mais ont d'autres symptômes.

Le trouble de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique sont des réactions à des événements traumatisants. Les réactions comprennent des pensées ou des rêves intrusifs, l'évitement des rappels de l'événement, les effets négatifs sur l'humeur, la cognition, l'excitation et la réactivité. Le trouble de stress aigu commence généralement immédiatement après le traumatisme et dure de 3 jours à un mois, le trouble de stress post-traumatique peut faire suite au trouble de stress aigu ou peut se manifester jusqu'à 6 mois après le traumatisme et dure plus d'un mois. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca>

5- Les facteurs de risque du stress

En se référant au DSM-5, nous constatons généralement que tous les types de stress partagent trois facteurs de risques majeurs, qui sont :

5-1- Les facteurs tempéramentaux

L'un des facteurs de risque qui incluent la présence des antécédents des maladies et des troubles mentaux chez l'individu, qui le rend susceptible de développer un stress.

A titre d'exemple nous trouvons que, les problèmes émotionnels liés à l'enfance comme : les traumatismes antérieurs non repérés, des problèmes d'extériorisation ou d'anxiété, et les troubles mentaux antérieurs (comme : le trouble de panique, trouble dépressif et les toc) qui peuvent être la raison principale de risque de développer le stress post-traumatique. En cas de stress aigu, nous trouvons aussi la présence des antécédents des troubles mentaux, des niveaux élevés d'affectivité négative et d'un style de coping de type évitant.

5-2- Les facteurs environnementaux

Ce facteur inclut l'entourage de l'individu qu'il soit favorable ou défavorable et l'exposition aux diverses situations.

Dans le DSM-5, ils incluent la situation socio-économique et le niveau éducatif bas, en plus des circonstances défavorables pendant l'enfance telles que les dysfonctionnements familiaux,

les enfants ayant vécu une séparation ou la mort parentale, sont plus susceptibles de développer le stress post-traumatique. La présence des traumatismes antérieurs non repérés favorise aussi le développement d'un stress aigu lors d'exposition à un nouveau traumatisme.

5-3 -Les facteurs génétiques et physiologiques

Les recherches montrent que le sexe féminin à plus de risque de développer un stress que le sexe opposé (Barton et al, 1996, Harvey et Bryant, 1998,1999), affirment que les femmes sont plus à risque de développer un trouble stress aigu (APA, 2015, p. 337).

Pour le stress post-traumatique, ils incluent le genre féminin et un âge jeune au moment de l'exposition au traumatisme.

Sur le plan physiologique, il a été confirmé que certaines génotypes et réactions physiologiques élevées peuvent augmenter le risque de développer un stress (APA, 2015, p.323).

6-Les théories explicatives du stress

Plusieurs théories expliquent le phénomène du stress, parmi ces théories nous avons choisi trois qui sont : les théories biologiques, les théories transactionnelles et les théories cognitives.

6-1- Les théories biologiques

Ces théories proposent une explication physiologique selon la façon dont le corps répond au stress, et cela à partir des travaux de Cannon et Selye qui ont étudié la réaction physiologique d'un organisme soumis à un stress.

Cannon en 1928 a été le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger sont dues à la libération dans le sang d'une hormone qui est l'adrénaline en provenance de la glande surrénale. Il décrit que l'individu a un pattern de réponse particulière, placé de façon stéréotypée face à toute menace pour l'aider à éliminer ou éviter un état de souffrance. Il explique que l'organisme a un état homéostatique, qui permet de garder la stabilité et l'équilibre constant, et accepte des modifications limitées. Quand les agents externes ou

internes produisent des modifications excessives et illimitées, les mécanismes homéostatiques interviennent pour reprendre l'équilibre (Pierluigi et Swendsen, 2005, pp.19-20).

Selon Seley (1936), la surcharge des capacités de défense de l'individu suite à une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre interne déclenche une contre réaction visant à restaurer l'équilibre rompu. En 1946, il évoque le syndrome général de l'adaptation qui est une configuration spécifique de processus et d'état physiologique qui surviennent en réponse aux différentes sortes de stimuli externes. D'après les observations de Cannon, H.Selye distingue trois réponses biologiques qui se déroulent chronologiquement selon trois phases : phase d'alarme, phase de résistance, phase d'épuisement (Stora, 2000, p.74).

La phase d'alarme : dans un premier temps on trouve la phase de choc, l'organisme est dans un état surpris ou se manifeste le symptôme d'altération passive de l'équilibre fonctionnel. Dans un deuxième temps, la phase de contre-choc, dès la confrontation à la situation stressante, il y a la mise en place de moyens de défense active. Il y a activation du système hormonal surrénal et des hormones sont libérées par l'organisme. Ces hormones ont pour effet une mobilisation du système sympathique.

La phase de la résistance commence environ 48 heures après l'agression. Les signes d'alarme disparaissent et sont souvent remplacés par des signes inverses (par exemple : hémodilution, hyperchlorémie et anabolisme avec retour au poids normal des tissus).

La phase de l'épuisement : lorsque les ressources biologiques et psychologiques ne sont pas suffisantes, l'adaptation peut disparaître si l'agent agressif est suffisamment important et presser pendant assez longtemps, cette phase reproduit en partie les réactions physiques de la phase de choc (Pierluigi et Swendsen, 2005, p.21).

6-2 -Les théories transactionnelles

Elles cherchent à repérer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de la transaction stressant dans une optique interactionnelle, qui veut dire la qualité de la transaction entre l'individu et l'environnement. Plusieurs modèles transactionnels ont été présentés par des chercheurs.

6-2-1- Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman

Pour Lazarus et Folkman (1984, cités par zeblocki, 2009): « le stress psychologique est une relation particulière entre la personne et l'environnement qui est évalué par la personne comme mettant à l'épreuve ou dépassant ses ressources et mettant en péril son bien être».

Dans ce modèle, l'intensité de stress ressentie par une personne va dépendre de son évaluation subjective de la situation, des ressources personnelles dont elle dispose (patrimoine, génétique, constitution physique) et de l'efficacité supposée de la stratégie d'ajustement ou d'adaptation, appelée aussi coping, qu'elle va mettre en place. Le coping est constitué des pensées et des comportements que la personne va adopter pour maîtriser la situation stressante (Zablocki, 2009, p.27).

Donc, les stressseurs physiques et psychologiques déclenchent des réactions de stress, si le sujet évalue le stressseur comme menaçant et dangereux pour son intégrité et son bien-être.

6-2-2- Le modèle de steppeo

Steppeo (1991) certifie que les conditions qui stimulent la manifestation des réponses de stress sont de nature interactionnelle. Dans ce modèle, il explique que les événements stressants que le sujet rencontre interagissent avec ses stratégies d'adaptation. Autrement dit, ces ressources pour y faire face qui sont : le tempérament, la personnalité et le comportement. L'interaction entre ses deux éléments définit la façon dont le sujet répond au stress (Pierluigi et Swendsen, 2005, p.66).

6-2-3- Le modèle d'Elder

Elder(1993) explique le stress comme une transaction entre quatre phases qui se fait à travers une série de feed-back. La première phase concerne l'interaction du sujet et de ses variables situationnelles qui conduit à la deuxième phase qui est la perception de la situation comme dangereuse ou menaçante. Cette perception active des changements de l'arousal qui est considérée comme la troisième phase, provoquant a la fin des réactions de stress (Pierluigi et Swendsen, 2005, p.67).

6-3- Les théories cognitives du stress

Elles étudiaient les réactions de l'individu face au stress, en se basant sur le rôle des pensées sur les processus cognitifs. D'après les explications données par ces théories, le caractère stressant est le résultat des interprétations personnelles que l'individu donne aux événements étranges.

Beck (1984) considère qu'une transaction stressante découle d'un processus actif et continu, qui contient des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Selon cet auteur, le comportement adopté par le sujet lors de réaction stressante dépend de l'interprétation et de l'évaluation qui se donne à la situation (Pierluigi et Swendsen, 2005, p.38).

7-Quelques travaux sur le stress et la césarienne

Des recherches récentes suggèrent que l'accouchement peut être vécu comme une expérience traumatisante pour de nombreuses femmes et qu'une proportion parmi elles peut développer un trouble de stress aigu ou de stress post-traumatique suite à tout type d'accouchement.

Parmi les études récentes qui ont été faites dans l'objectif de savoir si la césarienne en urgence est un facteur de risque de stress aigu, nous pouvons citer celle effectuée par Sion (2011) intitulée « Evaluation du stress aigu chez les femmes césarisées en urgence ». Son objectif était de comparer la fréquence de survenue du stress aigu entre un groupe de femmes césarisées en urgence et un autre césarisées avant travail (programmée). Cette étude a été menée sur 77 femmes interrogées à travers le questionnaire SASRQ, dont les résultats révèlent un degré du stress aigu élevé chez les femmes ayant vécu une césarienne en urgence par rapport à celle ayant fait une césarienne programmée (Sion, 2012, pp.5-14).

En revanche, El Gartati *et al* (2016) dans leur étude intitulé « Stress aigu chez les femmes ayant accouché par césarienne », réalisée sur 100 femmes césarisées, dont 75 ont été césarisées en urgence et 25 ont bénéficié d'une césarienne programmée, ont bien montré que le caractère d'urgence n'est pas un facteur de risque d'apparition du stress aigu post-traumatique. Mais il paraît exister une association statistiquement significative entre la satisfaction entre la prise en charge par le personnel soignant et le stress aigu chez la population étudiée.

Concernant le stress post-traumatique, dans une revue de la littérature, Ryding *et al*(1996) ont publié un article intitulé : « Posttraumatic stress réaction alter emergency cesarean section ». Ce dernier vise à répondre aux questions suivantes : les femmes vivent-elles la césarienne en urgence comme un traumatisme mental ? Les femmes éprouvent-elles des réactions de stress traumatique ou un TSPT un à deux mois après une césarienne en urgence ?

Pour ce faire, ils ont mené une étude sur 25 femmes qui ont été interrogées à partir des entretiens quelques jours après la césarienne en urgence, puis un à deux mois plus tard. Le premier entretien a eu lieu à la maternité quelques jours après l'accouchement vers le quatrième jour, et les trois autres entretiens ont été reportés au septième et neuvième jour pour des raisons sanitaires. Le deuxième entretien a été réalisé un mois à deux mois après l'accouchement. D'après cette étude, il a été constaté que dix-neuf des vingt-cinq femmes participant à l'étude avaient vécu leur accouchement par césarienne en urgence comme un événement traumatisant, treize des vingt-cinq femmes ont présenté une réaction de stress post-traumatique un à deux mois après l'accouchement, mais aucune d'entre elles ne répondait complètement aux critères diagnostiques de TSPT selon DSM-III. A partir de ces résultats, ils ont conclu que la césarienne en urgence était dans la majorité des cas vécue comme un traumatisme mental (Ryding *et al*, 1997, p.857).

Dans une autre étude faite par Ayers et Pickering (2001) intitulée « Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth », sur l'incidence du trouble de stress post-traumatique à la suite d'un accouchement. Ils ont évalué 289 femmes en trois reprises : à 36 semaines de grossesse, à 6 semaines et à 6 mois post-partum tout en utilisant un questionnaire. Ils ont conclu que 2,8% des femmes remplissaient les critères de ce trouble à 6 semaines post-partum, et ce chiffre a diminué à 1,5% à 6 mois post-partum. Donc, les résultats suggèrent qu'au moins 1,5% des femmes peuvent développer un TSPT chronique à la suite d'un accouchement (Ayers et Pickering, 2001, p.113).

Dans un second article publié par Ayres (2004) intitulé « Delivery as a traumatic event », celle-ci a indiqué que plusieurs études de cas ont été rapportées sur des femmes ayant accouché (par voie basse, césarienne en urgence ou programmée), prouvent que le trouble de stress post-traumatique peut survenir pendant la période postnatale. Ces cas incluent principalement des femmes ayant une expérience objectivement traumatisante, comme une césarienne en urgence sans anesthésie efficace, une toxémie ou un arrêt cardiaque infantile. Cependant, dans d'autres cas, le TSPT peut se produire après des accouchements qui

semblent être plus subjectivement traumatisants, comme les femmes multipares qui ont eu un accouchement normal sur le plan obstétrical mais qui ont ressenti des niveaux élevés de douleur et ont été laissées seules pendant de longues périodes.

Dans ce même article, elle distinguait trois dimensions qui peuvent être des facteurs de risque favorisant l'apparition de TSPT postnatal. Ces dimensions sont: des antécédents de problèmes psychiatriques, faible soutien pendant le travail et le mode d'accouchement où il a été indiqué qu'un accouchement instrumental ou sous forme d'une césarienne en urgence est associé à des réactions de type stress traumatique, mais pas d'une manière systématique (Ayres, 2004, pp.2-15).

De plus, l'association Césarine (2017) déclare ceci : lors d'un accouchement, les femmes vivent un événement physiquement douloureux, avec plus ou moins d'actes dispensés par les soignants sur leurs corps.

Selon Nancy Verreault (citée par l'association Césarine, 2017), qui est doctorante en psychologie, sur un panel de 308 femmes, les symptômes de stress sont à leur maximum un mois après la naissance dont 1,1% des femmes présentaient un syndrome de stress post-traumatique complet, et 3,2% présentaient un syndrome de stress post-traumatique partiel, dont les symptômes diminuent après le premier mois. Ce stress se manifeste notamment dans le cas d'une césarienne en urgence, où les femmes se trouvent souvent dans un état de choc dans les premiers jours qui suivent la naissance. Elles n'ont pas immédiatement conscience de leur état traumatique, et les émotions liées à cette naissance risquent de resurgir ultérieurement, hors du diagnostic des soignants ayant participé à l'événement initial.

Résumé

Le stress est le phénomène du siècle qui peut concerner tout le monde sans exception. Il est conceptualisé comme des réactions physiques et physiologiques de notre organisme face à une situation inadaptée et étrange dite stressante. Ces réactions peuvent être identifiées en observant les manifestations psychologiques, physiologiques et sociales de l'individu.

Le stress peut avoir, dans certains cas, des effets néfastes sur la santé de la personne. Cependant, il peut prendre une voie positive si l'individu arrive à le contrôler.

La césarienne est une opération de sauvetage pour éviter les mortalités néonatales. Elle est pratiquée en dernier recours lorsqu'aucune autre alternative n'est possible. Quand celle-ci n'est pas programmée, l'urgence est annoncée à la parturiente. Ceci peut constituer une autre source du stress dont l'intensité est variable d'une femme à l'autre.

Problématique et formulation des hypothèses

1- Problématique

L'attente et l'arrivée d'un enfant sont des événements singuliers et inoubliables dans la vie d'un couple. Cette expérience intense, source de bonheur, constitue des instants fondamentaux rares et précieux. C'est aussi un moment d'interrogations, de chamboulements, de réalité à accepter que certains naissances étant parfois très différentes de ce qu'avaient imaginé les parents (Brunet, 2011, p.2).

Quand nous parlons de l'accouchement, plus particulièrement du mot « accouchement », la plupart des personnes pensent à l'accouchement par la voie vaginale, autrement dit par « voie basse ». Cependant, il existe également un autre type d'accouchement, de plus en plus pratiqué dans nos jours, qui est la césarienne appelée aussi « accouchement par voie haute ».

Les taux de césariennes ont augmenté au cours des dernières décennies. Selon des estimations récentes portant sur 150 pays, 21% de toutes les naissances se font par césarienne, avec des moyennes allant de 1% à 58% selon les pays. Suivant les estimations de l'OMS, le taux mondial de césarienne a presque triplé en un quart de siècle, passant de 6,7% en 1990 à 19,1% en 2014 (Dumont et Guilmoto, 2020, p.1).

Selon la Haute Autorité de Santé ((HAS), 2013), la césarienne est une intervention chirurgicale qui permet l'accouchement par incision de l'abdomen et de l'utérus. Cette intervention est réalisée lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles. Elle peut être réalisée en urgence ou de manière programmée. De nombreux facteurs maternels et fœtaux déterminent le choix de la césarienne: tantôt elle est programmée dès le début de la grossesse lors de certaines anomalies osseuses ou de certaines fragilités utérines (dues à des césariennes antérieures); tantôt elle s'impose lors de présentation par le siège lorsque toutes les conditions favorables ne sont pas réunies; tantôt elle est décidée au cours de l'accouchement en cas de souffrance fœtale, d'arrêt de la dilatation du col, de mauvaise orientation du bébé (position transversale) (Maynard, 2010,p.13).

La naissance, indépendamment de son déroulement du point de vue des professionnels, reste encore parfois vécue comme une expérience psychologiquement traumatisante. Dans certaines situations, l'origine apparaît claire, comme dans le cas d'une intervention en urgence, voire en catastrophe, ou de mort du bébé, mais ce sont quelquefois des circonstances plus

banales qui génèrent chez la parturiente ou son partenaire un sentiment de peur intense, d'impuissance, de mort imminente ou d'horreur, réactivant dans certains cas des situations antérieurement vécues (Briex, 2008, p.199). Cette expérience pourrait aussi être traumatisante et entraîner le développement de troubles psychopathologiques comme le stress aigu ou le stress post-traumatique (Hannachi, 2019, p.3).

Parmi les études qui ont été réalisées dans le but de savoir si la césarienne en urgence favorisait la survenue d'un stress aigu en comparaison à la césarienne avant travail (programmée), nous citons celle de Sion (2011) qui a établi une comparaison au niveau de la fréquence du stress aigu entre les femmes césarisées en urgence et celles césarisées avant travail. Les résultats ont montré qu'il existe une différence significative quant à la survenue du stress aigu, en précisant que degré le plus élevé a été constaté chez les femmes ayant subi une césarienne en urgence. En revanche, l'étude d'El Gartati *et al* (2016) a révélé que le caractère d'urgence de la césarienne ne constitue pas un facteur de risque d'apparition du stress aigu post-traumatique.

Par ailleurs, d'autres études (Ayers, 2004 ; Ryding *et al*, 1996) réalisées sur le stress post-traumatique lors des accouchements, ont montré que l'accouchement par césarienne (particulièrement en urgence) peut engendrer de l'anxiété, des sensations de malaise et des douleurs en postopératoire. De plus, la césarienne en urgence faite en cours de travail, peut être vécue comme traumatisme, se traduisant par quelques symptômes de stress post-traumatique un mois à deux mois du post-partum (Ryding *et al*, 1996). Ces études ont permis ainsi de distinguer trois dimensions qui peuvent être des facteurs de risque d'un TSPT en post-partum. Parmi ces dimensions, il y avait le mode d'accouchement, tout en soulignant qu'un accouchement instrumental ou une césarienne faite en urgence sont associés à des symptômes de stress post-traumatique.

En nous appuyant sur les résultats de ces travaux, la question que nous nous posons dans le cadre de cette recherche est la suivante :

-Les femmes bipares césarisées en urgence présentent-elles des symptômes de stress aigu en post-partum immédiat?

2-Hypothèse de la recherche

Afin de répondre à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

- Les femmes bipares césarisées en urgence présenteront des symptômes de stress aigu en post-partum immédiat, eu égard aux circonstances entourant l'événement.

3-Définitions des concepts

-**Accouchement:** ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et du placenta à la fin de la grossesse.

-**Accouchement par césarienne:** c'est un accouchement chirurgical au cours duquel on pratique une incision sur l'abdomen et sur l'utérus de la femme.

-**Césarienne en urgence:** est par opposition à la césarienne programmée, une césarienne non prévue, qui s'impose en cours de travail, lorsqu'une anomalie grave se présente chez la mère comme chez le bébé.

-**Stress aigu:** le stress aigu est une brève période de souvenirs intrusifs survenant dans les 4 semaines après avoir fait l'expérience d'un événement traumatisant insupportable.

-**Stress post-traumatique:** le trouble stress post-traumatique se développe après un événement traumatisant et se manifeste par sa reviviscence régulière, accompagné de manifestations physiques liées à l'émotion extrême ressentie. Il altère de façon significative la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle du sujet.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule

Toute recherche est cernée par une méthodologie déterminée qui impose un ensemble de règles et de normes à suivre pour aboutir à un excellent résultat. Dans ce chapitre, nous allons présenter les étapes par lesquelles nous sommes passées pour réaliser notre recherche.

1-Présentation du terrain de la recherche

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'hôpital civil d'Akbou «Akloul Ali». Cet établissement public de santé est construit avant l'indépendance, soit en 1872, dont le siège se situe au centre-ville.

En 1959, il fut décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville, les travaux lancés en 1960 furent terminés en 1962. L'inauguration du nouvel hôpital eut lieu le 21 Novembre 1968, puis vers l'année 1970 l'activité hospitalière s'est transférée vers cette nouvelle structure baptisée au nom du chahid le lieutenant «Akloul Ali».

Cet hôpital est constitué de plusieurs services, le service de maternité où nous avons effectué notre stage est constitué d'une équipe soignante composée du personnel suivant :

- Chef de service.
- Sages femmes : 23
- Gynécologues : 04
- Médecins généralistes : 02
- Infirmières : 10
- Biberonneuse : 01
- Femmes de ménage : 04

2- Le groupe de recherche

2-1- Les critères de sélection

Les critères sur lesquels nous nous sommes basée pour sélectionner le groupe de recherche sont les suivants :

- Des femmes mariées, vivant en couple.
- Des femmes bipares ayant subi une césarienne en urgence, pendant le travail.
- Des femmes dont le premier accouchement était naturel.

2-2- Les caractéristiques du groupe

Les caractéristiques du notre groupe de recherche sont présentées dans le tableau suivant:

Caractéristiques/ Cas	Âge	Niveau d'instruction	Situation professionnelle
Siham	30 ans	universitaire	active
Nora	35 ans	moyen	Femme au foyer
Yasmina	35 ans	universitaire	active
Kahina	35 ans	universitaire	active
Nouara	40 ans	moyen	Femme au foyer

Notre groupe de recherche comprend 5 cas de femmes césarisées que nous avons rencontrées au niveau de la maternité de l'hôpital d'Akbou. Ces femmes sont âgées entre 30 ans à 40ans. La majorité d'entre elles (3/5) a un niveau d'instruction universitaire, alors que la minorité (2/5) a un niveau moyen. Quant à leur situation professionnelle, la plupart (3/5) sont actives, contrairement aux autres qui sont des femmes au foyer.

3-Méthode et techniques

3-1-La méthode utilisée

La méthode est l'ensemble des normes, des étapes et procédures et des instruments auxquels on recourt pour conduire des travaux qui se veulent scientifiques (N'DA, 2015, p.11).

Dans ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique, qui est avant tout une pratique. Ce terme regroupe un ensemble de techniques qui ont en commun de produire des informations concrètes sur la personne ou la situation posant un problème et/ou révélant une souffrance. Le travail du psychologue a pour objet l'individu et non pas la population, la méthode clinique rapporte les faits observés chez l'individu et s'organise autour de l'étude de cas (Pédinielli, 2012, p.34).

La méthode clinique est liée donc à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir

comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution (Bénony et Chahraoui, 2013, p. 13). Elle s'appuie sur des techniques utilisées dans le domaine de la pratique (entretien, observation, tests..) qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généraux et d'en proposer une interprétation ou une explication (théories psychologique) (Fernandez et Pédinielli, 2006,p.42).

Notre méthode est principalement basée sur l'approche qualitative descriptive qui fait appel ici à l'étude de cas. L'objectif de notre travail est d'étudier le stress aigu en post partum-immédiat chez les femmes bipares césarisées en urgence.

3-2-Les techniques d'investigation

Deux techniques ont utilisées dans cette recherche qui sont l'entretien clinique de recherche et l'échelle d'impact de l'événement.

3-2-1- L'entretien clinique

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes (Bénony et Chahraoui, 2013, p.12).

Nous distinguons trois types d'entretien clinique de recherche qui sont: l'entretien directif est le premier type, soumis à un questionnaire standardisé. Il ne se comprend qu'à l'intérieur d'une démarche quantitative, statisticienne et psychosociologique portant sur un nombre très important de sujets, afin de faire apparaître des tendances communes et collectives (Chouvier et Attigui, 2016, p.46) ; l'entretien non directif est un type d'entretien centré sur la personne au cours duquel, comme son nom l'indique, ce n'est pas le clinicien qui oriente le discours du patient, mais le patient ou le sujet qui parle librement de lui-même en contrôlant et en menant son discours comme il l'entend (Bénony et Chahraoui, 2013, p.16) ; et en fin l'entretien semi-directif souvent utilisé dans la recherche, il a pour but d'obtenir dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur l'histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met en jeu un certain nombre de questions incontournables, qui devront permettre un recueil de données psychiques et psychopathologiques suffisantes en lien avec des exigences sociales contraignantes (Chouvier et Attigui, 2016, p.46). Dans ce dernier type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques

questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation (Bénony et Chahraoui, 2013, p.16).

Dans notre recherche, nous avons opté pour ce type d'entretien (le semi-directif) qui nous permet de récolter des données nécessaires pour répondre à notre question de départ.

Le guide d'entretien que nous avons élaboré se présente en cinq axes dont chacun d'eux contient quelques questions. Le premier et le deuxième axe nous permettent d'avoir des informations sur le vécu de la grossesse et des événements marquants ; le troisième traite de l'anticipation de l'accouchement ; quant au quatrième et le cinquième, ils sont consacrés au déroulement de l'accouchement et les difficultés rencontrées ainsi qu'au vécu de la mère en post-partum (Voir annexe 1).

3-2-2- Échelle d'impact de l'événement (IES-R)

A) La description

L'échelle d'impact de l'événement a été développée par Horowitz, Wilner et Alvarez en 1979.

C'est une échelle utilisée pour évaluer la fréquence des phénomènes intrusifs et d'évitement associés à l'expérience d'un événement particulier. Ses items ont été élaborés pour mesurer les épisodes de détresse chez les personnes ayant vécu des événements de vie spécifiques. Ensuite, elle est devenue un instrument largement utilisé pour l'évaluation des réactions de stress post-traumatique (Joseph, 2000, pp.101-102).

L'échelle d'impact de l'événement en version révisée par Weiss et Marmar en 1997, est une mesure du stress perçu par une personne en référence à un événement traumatique pendant les 7 jours précédents. Les réponses permettent d'obtenir 3 sous scores de symptômes post-traumatiques, reviviscence (1,2,3,6,9,14,16,20), évitement (5,7,8,11,12,13,17,22), activation psychophysiologique (4,10,15,18,19,21), ainsi qu'un score total de sévérité de l'état de stress post-traumatique. L'échelle existe en de multiples langues, dont une version française qui a été traduite par Brunet *et al* en 1998. D'après ces derniers auteurs, cette version française montre une bonne consistance interne et une stabilité test-retest satisfaisante.

L'IES-R n'est pas destiné à être utilisé comme outil de diagnostic de l'état de stress post-traumatique, puisque les symptômes associés à l'ESPT peuvent varier considérablement en fonction de l'événement et du temps écoulé depuis sa survenue. Il permet plutôt d'estimer l'intensité de la détresse psychologique consécutive à tout type d'événement traumatique. Il est recommandé d'utiliser l'IES-R comme un outil de dépistage (Chiasson, 2016, p.81).

B) L'administration

L'IES-R est une échelle d'auto-évaluation dont la l'administration est brève, allant de 5 à 10 minutes (Chiasson, 2016, p.18).

C) La consigne

Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation(Weiss,2007,p.1).

D) La cotation et l'interprétation

L'IES-R se compose d'une liste de 22 symptômes d'ESPT. La personne indique l'intensité avec laquelle s'est manifesté chaque symptôme au cours des 7 derniers jours, en auto-rapportant sa réponse sur une échelle de type likert en 5 points, allant de 0 «pas du tout» à 4 « extrêmement».Le score IES-R total est calculé en additionnant les valeurs obtenues aux 22 items (0-88) (Ceschi et Pictet, 2018, p.255). Le seuil clinique de cette échelle est 42, proposé par les auteurs de la traduction française (Hansenne *et al*, 1993) de la version originale qui comporte 15 items (AstridKrinngs, 2013,p.43). Dans notre étude, nous avons utilisé le seuil clinique de 33 qui figure dans l'échelle révisée par Weiss (2007).

4-Le déroulement de la recherche

Notre pratique s'est étalée sur une période de 45 jours, soit du 22/02/2023 jusqu'au 07/04/2023. Les deux premières semaines ont été consacrées à la réalisation d'une petite pré-enquête, afin de nous familiariser avec le terrain d'une part, et de nous assurer de la faisabilité de notre recherche et surtout de la disponibilité des cas d'autre part. Ce n'était que par la suite que nous avons entamé notre travail.

Cette pré-enquête nous a permis ainsi d'avoir un contact avec le psychologue et les sages femmes avec lesquelles nous avons discuté de notre thème et des outils que nous allons utiliser, et aussi d'entretenir des essais préliminaires avec certaines parturientes pour tester notre guide d'entretien.

Au cours de la recherche proprement dit, il est à préciser que tous les entretiens avec femmes ont été effectués le troisième jour après leur accouchement, et cela est dû à nos constatations lors de la pré-enquête. En effet, nous avons remarqué que durant le deuxième jour suivant la césarienne, les femmes avaient des difficultés à se concentrer pendant l'entretien, à cause de leur état de santé.

Concernant le déroulement des entretiens, nous nous sommes entendue avec la gynécologue de manière à aborder les femmes une fois la visite médicale effectuée, et ce, à fin d'éviter des dérangements pouvant s'y produire.

Avant d'aborder les femmes, nous avons consulté leurs dossiers médicaux pour obtenir certains renseignements (état de santé, motif de la césarienne...), et cela avec l'aide de la psychologue du service de maternité et du médecin. Puis, nous nous déplaçons vers les chambres pour les rencontrer, vu que leur état de santé ne permettait pas de se déplacer au bureau. Au départ, nous leur expliquons notre thème de recherche et ses objectifs, une fois le consentement obtenu, nous prenions une chaise et nous nous mettions en face à face pour faire l'entrevue.

Ces post-accouchées ont répondu facilement aux questions du guide. Elles paraissaient à l'aise et détendues. Juste après avoir terminé l'entretien, nous leur avons remis le questionnaire en leur expliquant la façon d'y répondre. La majorité d'entre elles l'ont rempli seules, alors que la minorité ont demandé notre intervention, car elles ne comprenaient pas la langue française. Ainsi, nous leur avons traduit certaines questions vers leur langue maternelle (kabyले) : items 1, 7, 8, 12, 13, 16, 19,21. De plus, certaines femmes n'ont pas pu se retenir face à certains items (9,17) : pleurs, long silence, vertiges. À la fin de la passation, la majorité d'entre elles n'ont pas hésité à nous demander de leur apporter des informations sur les résultats obtenus. La durée des entretiens allait de 25 à 30 minutes, tandis que l'échelle a pris 6 à 8 minutes.

Résumé

Pour réaliser notre recherche portant sur le stress aigu chez les femmes bipares césarisées, nous avons suivi des règles de la méthodologie de recherche en psychologie clinique.

La méthode choisie est qualitative descriptive basée sur l'étude de cas. Les deux techniques de récolte des données utilisées sont l'entretien clinique et l'échelle d'impact de l'événement.

Notre pratique a été réalisée au niveau de l'établissement public hospitalier «Akloul Ali» d'Akbou, où nous avons rencontré 5 femmes qui ont subi une césarienne en urgence, avec lesquelles nous avons fait un entretien suivi de la passation d'une échelle en une seule séance. Une fois l'ensemble des données recueillies, nous avons défini une méthode de description et d'analyse des données que nous présenterons dans le chapitre suivant.

Chapitre IV

Présentation et analyse des données

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous allons au préalable présenter les cas illustratifs suivant les données des entretiens et les résultats de l'échelle. Ensuite, nous terminons par une synthèse des résultats et une discussion des hypothèses.

1-Présentations des cas

Cas n° 01 : Mme Siham

A) Présentation générale

Siham âgée de 30 ans, diplômée récemment en orthophonie. Actuellement, elle est mariée et mère de deux enfants.

B) Compte rendu de l'entretien

Deux ans après le premier accouchement, Siham et son mari décident d'avoir un deuxième enfant, sachant que le mari souhaite avoir cette fois-ci un garçon. Le couple et son entourage étaient très heureux en apprenant cette nouvelle.

Durant la grossesse, l'état physique de Siham était agréable, celle-ci n'a pas souffert de troubles particuliers, mis à part les vomissements et les nausées lors du premier trimestre. Son alimentation et son sommeil ont connu aussi des changements. Elle mangeait moins qu'avant, aucun plat ne lui plaisait et son gynécologue lui interdisait de prendre quelques aliments tels que les conserves et la viande. Pour son sommeil, elle dormait beaucoup, sauf vers les derniers mois, car elle ne trouvait pas la bonne position et parfois elle se réveillait à cause des cauchemars. Quant à son état psychique, elle se portait bien jusqu'au cinquième mois puis elle commençait à stresser au sujet de l'accouchement

Son conjoint a été décrit comme quelqu'un de compréhensif et de très patient. Il s'occupait de sa femme comme il se doit. Cette dernière recevait aussi de l'aide de la part de ses deux familles surtout sa mère qui venait chez elle chaque week-end pour s'occuper de son enfant.

Les premiers mouvements fœtaux du bébé ont été perçus vers le 5^{ème} mois, elle était très contente «c'est un sentiment unique, une âme dedans « j'étais heureuse ».L'annonce d'un

garçon n'était pas ce qu'elle avait souhaité. « je voulais avoir une fille, mais je n'étais pas déçue, vu que mon mari soit heureux » a-t-elle déclaré.

Concernant son anticipation de l'accouchement, elle nous a affirmé qu'elle s'était préparée pour un accouchement par césarienne, mais son gynécologue lui avait dit qu'elle pouvait accoucher par voie basse. L'expérience de l'accouchement était pénible, elle avait de fortes douleurs et essayait d'accoucher naturellement, mais en vain « je me sentais coupable, c'était une déception ».

Au cours du travail, vu la non dilatation du col de l'utérus, son médecin a décidé de recourir à une césarienne. Cela ne l'avait pas perturbée, car celle-ci restait pour elle le seul moyen pour sauver son bébé. Les premiers instants suivant l'opération étaient difficiles aussi « je me sentais lourde, je n'arrivais pas à bouger ». Siham n'a pas pu voir son bébé sur le coup, car celui-ci a été transféré immédiatement en réanimation, à cause d'une souffrance fœtale.

Concernant le vécu de l'expérience, Siham trouvait la césarienne comme un soulagement, et les soignants aimables.

C) Résultats de l'échelle

Pendant la passation de l'échelle, Siham a pris 8 minutes pour répondre à l'ensemble des items. Elle a donné un score total de 34, notons que la quasi-totalité de ces réponses variaient entre « beaucoup », « un peu » et « pas de tout ». Les résultats obtenus nous ont révélé la présence d'un stress aigu léger, se traduisant par certains symptômes à savoir ceux liés à la reviviscence (items 1,2,3,6,9,16), à l'évitement (items 5,7,11,12,13,17) et à l'activation psychophysiologique (items 4,10,15,21).

Synthèse

Le parcours de la grossesse de Siham n'a pas été marqué par des complications, sauf quelques troubles fonctionnels, tels que les vomissements et les nausées, au cours du premier trimestre. Son entourage proche était très disponible pour elle et soutenant. Siham a commencé à s'inquiéter au sujet de l'accouchement à partir du cinquième mois de sa grossesse. Son accouchement était pénible, mais cela ne l'a pas beaucoup perturbée, ce que montrent bien les résultats obtenus à l'échelle.

Cas n°02 : Mme Nora

A) Présentation générale

Âgée de 35 ans, Nora a arrêté ses études après avoir échoué au BEM. Elle est une femme mariée et mère de deux enfants, et vit actuellement avec sa belle-famille.

B) Compte rendu de l'entretien

Après 18 mois du premier accouchement, Nora tomba enceinte sans le savoir, et ce n'est qu'au deuxième mois qu'elle s'est rendue compte de cette nouvelle à laquelle elle ne s'y attendait pas. L'annonce l'a choquée, selon ses déclarations, vu qu'elle n'avait pas encore dépassé les effets du premier accouchement. En revanche, son mari, ses parents ainsi que ses beaux-parents étaient tous contents en apprenant cette nouvelle.

Elle nous a rapporté que son état de santé pendant la grossesse n'était pas agréable, elle souffrait de vomissements et de nausées, et surtout de l'anémie et de l'hypotension artérielle. Son alimentation avait beaucoup changé, elle mangeait rien excepté du poivron. Elle dormait aussi beaucoup au cours des premiers mois, mais ceci avait complètement changé vers la fin, à cause des cauchemars en particulier. De ce fait, elle avait besoin de l'aide, et seuls sa famille et ses parents étaient à ses côtés. Ces derniers s'étaient très bien occupés d'elle, sachant qu'elle était très irritable et anxieuse au cours de cette période. Son conjoint se plaignait, d'ailleurs, de son comportement.

Sa réaction aux premiers mouvements fœtaux était normale, suivant ses propos, sauf que celui-ci bougeait beaucoup plus par rapport au premier enfant. Nora ne s'est pas adaptée aux changements physiques, le volume de son ventre la dérangeait, car le fœtus pesait 4 kg et son corps était très fragile.

À l'annonce du sexe du bébé, le couple était très heureux, car le mari voulait avoir un garçon qui va prendre le nom de sa famille. Ainsi, de son côté, son vœu d'avoir une fille et un garçon, s'est en fin réalisé.

Concernant l'anticipation de l'accouchement, elle nous a affirmé qu'elle n'avait pas peur et, qu'au contraire, elle attendait cela avec impatience. Nora anticipait un accouchement normal (par voie basse), du moment qu'elle était rassurée par son gynécologue. Cependant, lors du travail, des complications sont survenues (stagnation de la dilatation du col et double

circulaire du cordon), ce qu'elle a vécu péniblement. « je me sentais morte, car j'étais très inquiète de perdre mon bébé», nous a-t-elle précisé.

À l'annonce de la césarienne, elle était surprise, car elle n'avait jamais imaginé accoucher de cette façon. Les premiers moments qui ont suivi l'intervention étaient durs, d'après elle, vu les fortes douleurs au bas ventre qu'elle éprouvait, surtout après que l'effet de l'anesthésiant terminé. Nora a souffert également des difficultés pour reprendre l'alimentation, et elle n'a pas pu se lever qu'à partir du troisième jour suivant son accouchement

En dépit de la dure épreuve traversée, Nora ne s'était pas empêchée de demander de voir son bébé. Cette rencontre lui a procuré beaucoup de bonheur.

De par la dure épreuve vécue et l'expérience acquise, Nora a déclaré que l'intervention s'apparentait à la mort et qu'elle n'avait plus envi d'enfanter une autre fois. Elle a également tenu à remercier l'équipe soignante qu'elle estime très compétente.

C) Résultats de l'échelle

Nora a pris 7 minutes pour répondre à l'ensemble des items. Elle a donné un score total de 60, précisons que la majorité de ses réponses étaient « extrêmement ». Les résultats ont nous montré que son accouchement a été une situation très stressante et très perturbante pour elle, se traduisant surtout par certains symptômes de stress aigu, à savoir ceux de reviviscence (items 1,2,3,6,9,14,16) ,d'évitement (items 5,8,11,12,13,17,22) et d'activation psychophysiologique (items18,19,21).

Synthèse

Le parcours de la grossesse de Nora était difficile, car celui-ci était marqué par des troubles fonctionnels pendant le premier trimestre combiné avec d'autres problèmes de santé dont l'anémie et l'hypotension artérielle. Ce qui a aggravé la situation, c'était surtout le fait qu'elle n'ait pas encore surmonté les effets du premier accouchement. Son accouchement a été vécu avec beaucoup de stress, car elle avait peur de perdre son bébé pendant le travail. L'annonce de la césarienne l'avait troublée davantage, du fait qu'elle s'est préparée pour un accouchement normal. L'intervention n'a pas été facilement acceptée, mais cela n'a pas empêché une rencontre satisfaisante avec le bébé. D'après les résultats de l'échelle, Nora présente quelques symptômes liés au stress aigu.

Cas n° 03 : Mme Yasmina

A) Présentation générale

Yasmina est âgée de 35 ans, est d'un niveau d'instruction universitaire et travaille à la municipalité. Elle est une femme mariée et mère de deux enfants.

B) Compte rendu de l'entretien

Deux ans après la naissance du premier enfant, Yasmina tomba de nouveau enceinte. Cette nouvelle a bouleversé le couple qui n'avait pas programmé une autre grossesse, car il avait déjà comme priorité un autre projet à réaliser.

Elle nous a raconté que sa grossesse était facile, et n'avait pas souffert d'un quelconque problème de santé. Cependant, sur plan psychique, cette grossesse non désirée a suscité beaucoup d'angoisse en elle. Son alimentation a énormément changé, elle mangeait moins, à cause des odeurs et des goûts prononcés, et aimait plus les sucreries. Son sommeil était également perturbé, elle dormait moins qu'avant, et cette situation s'est aggravée vers les derniers mois, à cause du volume de son ventre. Tout au long de cette période, sa famille, plus particulièrement sa mère, était à ses côtés au même titre que sa belle-mère et son conjoint.

Yasmina a bien vécu les premiers mouvements fœtaux, selon ses propos « c'est ce qui m'a rendue heureuse lors cette grossesse ». À l'annonce du sexe du bébé, le couple était heureux, surtout que c'était une fille.

Yasmina s'attendait à un accouchement normal, malheureusement lors du travail, une complication est survenue (une position transversale du bébé), ce qui a conduit à une intervention en urgence.

À l'annonce de la césarienne, sa réaction était négative. C'était pour elle un moment difficile marqué par une forte angoisse, car elle n'a jamais imaginé un accouchement par césarienne « j'avais toujours l'idée d'accoucher par voie basse ». Les premiers instants suivant la césarienne étaient aussi difficiles pour Yasmina, celle-ci a souffert de douleurs abdominales.

L'intervention s'était mal déroulée d'après elle « j'ai vécu mon accouchement comme un traumatisme... je m'y attendais pas à ça ». Juste après la naissance, l'équipe soignante lui a présenté le bébé, cette rencontre avec son bébé s'était bien passée, elle était heureuse de le

voir en bonne santé. Elle nous a informée qu'elle n'avait pas envie d'enfanter une autre fois, mais s'il arrive que cela se produise, elle souhaite accoucher par voie basse.

À la fin, elle a tenu à remercier les membres de l'équipe soignante pour leur respect et leur professionnalisme.

C) Résultats de l'échelle

Pendant la passation de l'échelle, Yasmina a pris 7 minutes pour répondre à l'ensemble des items. Elle a donné un score total de 71, il est à noter que la majorité de ses réponses étaient «extrêmement». Les résultats obtenus nous ont révélé la présence de plusieurs symptômes de stress aigu chez Yasmina, à savoir ceux de reviviscence (items 1,2,3,6,9,14,16), d'évitement (items5,7,8,11,12,13,17,22) et d'activation psychophysiologique (items 4,10,15,18,21).

Synthèse

Le parcours de la grossesse de Yasmina s'est bien passé, il n'a pas été marqué par des problèmes de santé, sauf qu'elle était angoissée. Mais elle a réussi à dépasser cet état grâce à l'aide de son entourage. Cette femme n'a pas accepté facilement l'idée de la césarienne, et cette intervention l'a bouleversée psychiquement. Néanmoins, tout cela ne l'a pas empêchée d'avoir une bonne rencontre avec son bébé. Selon les résultats obtenus à l'échelle, cette femme présente quelques symptômes de stress aigu.

Cas n°4 : Mme Kahina

A) Présentation générale

Âgée de 35 ans, Kahina est d'un niveau d'instruction universitaire, elle travaille comme enseignante dans une école privée. Elle est une femme mariée et mère de deux enfants.

B) Compte rendu de l'entretien

Respectant l'espacement d'une naissance, ce n'est que deux ans après la naissance du premier enfant que le couple décide d'avoir un deuxième enfant. La découverte de la nouvelle était un moment d'enchantement. Kahina nous a révélé que sa grossesse était facile. Elle n'avait eu aucun problème de santé, mis à part des nausées et des vomissements au cours des deux premiers mois. Son alimentation avait beaucoup changé, elle mangeait plus qu'avant, ce

qui lui a causé un surpoids. Son sommeil était perturbé les derniers mois, elle se sentait étouffée et gênée. Elle nous a aussi informée que sa mère et ses sœurs l'avaient assistée durant toute cette période où elle se sentait souvent fatiguée « ma famille m'a beaucoup soutenue ... ».

À l'annonce du sexe du bébé, le couple était très heureux d'avoir un garçon « j'étais très contente de voir que le rêve de mon mari s'était réalisé ».

Kahina anticipait un accouchement normal, mais lors du travail une complication est survenue « souffrance fœtale », ce qui a nécessité le recours à la césarienne. A l'annonce de celle-ci, elle avait peur « je ne m'attendais pas à ce genre d'accouchement ». Elle n'avait jamais imaginé accoucher par césarienne. Les premiers instants suivant l'opération étaient difficiles d'après elle, précisant qu'elle n'avait pas pu voir son bébé, car les sages femmes l'ont emmené directement au service de néonatalogie. S'agissant de ce qu'elle a vécu, elle trouvait la césarienne comme un soulagement après toute la souffrance qu'elle avait endurée. Selon ses propos, l'équipe soignante avait fait du bon travail.

C) Résultat de l'échelle

Kahina a pris 6 minutes pour répondre à l'ensemble des items de l'échelle. Elle a donné un score de 70, sachant que la majorité de ses réponses allaient entre « beaucoup » et « extrêmement ». Les résultats obtenus ont montré la présence des symptômes de stress aigu, à savoir ceux liés à la reviviscence (item 1,2,3,6,9,14,16), à l'évitement (items 5, 7,8,11,12,13,17,22) et à l'activation psychophysiologique (items 4,10,15,18,19,21).

Synthèse

L'expérience de la grossesse de kahina était facile, elle n'a pas eu de problèmes de santé majeurs, sauf qu'elle se sentait souvent fatiguée au cours de cette période, du fait de ses déplacements vers son lieu de travail. Malgré que l'idée de la césarienne l'ait perturbée, elle l'a acceptée pour le bien de son bébé. Elle n'a pas pu rencontrer son enfant sur le coup, car l'état de santé de ce dernier nécessitait une réanimation. Les résultats de l'échelle ont montré la présence de signes d'un stress aigu chez kahina.

Cas n° 05 : Mme Nouara**A) Présentation générale**

Âgée de 40 ans, Nouara est d'un niveau d'instruction moyen. Elle est femme au foyer et mère de deux enfants.

B) Compte rendu de l'entretien

Le couple a attendu trois ans après la naissance du premier enfant pour décider enfin d'avoir un deuxième. À l'annonce de cette nouvelle tant attendue, le couple était tout joyeux d'apprendre l'arrivée d'une deuxième progéniture. Cette joie est amplifiée par l'état de santé stable de la maman.

Néanmoins, elle nous a rapporté qu'elle avait souffert de vomissements et de nausées pendant les trois premiers mois. Son alimentation avait beaucoup changé, elle nous a raconté qu'elle mangeait moins qu'avant, elle n'est revenue à la normale qu'à partir du quatrième mois. Elle dormait beaucoup au cours du premier trimestre, mais ceci avait changé vers les derniers mois. Elle nous a informée que ses deux familles l'avaient soutenue et assistée.

Sa réaction aux premiers mouvements du fœtus était normale. A la révélation du sexe du bébé, le mari était très heureux d'avoir un deuxième garçon, contrairement à sa femme qui voulait une fille « j'ai toujours rêvé d'avoir une fille, mais je n'étais pas déçue ».

Concernant l'anticipation de l'accouchement, elle a affirmé qu'elle n'avait pas peur « j'attendais ce moment avec impatience pour que je puisse prendre mon bébé dans mes bras ». Nouara s'attendait à un accouchement normal, cependant, au cours du travail des complications sont survenues « stagnation de la dilatation, double circulaire du cordon ombilical chez le bébé ».

L'annonce de la césarienne a été difficilement acceptée par Nouara et l'avait même refusée au début. Mais après avoir bien réfléchi, elle s'était rendue compte qu'elle n'avait d'autre choix « j'avais peur de perdre mon bébé, ils m'ont dit que c'est la seule solution pour le sauver, car il souffre ». Les premiers instants qui ont suivi la césarienne étaient difficiles et douloureux pour elle, surtout une fois l'effet de l'anesthésiant terminé. Le rêve souhaité par Nouara qui était de prendre son bébé dans ses bras ne s'était pas réalisé, car la sage-femme l'a emmenée directement au service de néonatalogie.

Concernant le vécu de cette intervention, elle a affirmé que la césarienne n'était pas un choix d'accouchement, mais une solution pour sauver le bébé. Nouara a tenu aussi à remercier l'équipe soignante pour ses encouragements.

C) Résultats de l'échelle

Pendant la passation de l'échelle, Nouara a pris 8 minutes pour répondre à l'ensemble des items. Celle-ci a donné un score total de 68, à savoir que la majorité de ses réponses était « beaucoup » et « extrêmement ». Les résultats obtenus ont révélé la présence de plusieurs symptômes du stress aigu relatifs à la reviviscence (items 1,2,3,6,9,14,16), à l'évitement (items 5,7,8,11,12,13,17,22) et à l'activation psychophysiologique (items 4,10,18,19,21).

Synthèse

Lors de la grossesse, Nouara n'a pas connu de problèmes de santé particuliers, excepté quelques troubles fonctionnels au cours du premier trimestre. L'annonce de cette grossesse était un moment important pour le couple, car cet enfant était très désiré. Cependant, l'annonce de la césarienne était une nouvelle difficile à assimiler, mais n'avait nullement d'autre alternative. Vu l'état de son bébé après la naissance, la rencontre tant imaginée n'a pas pu avoir lieu sur le coup. Les résultats obtenus à l'échelle ont révélé la présence d'un stress aigu chez cette femme.

2-Synthèse des résultats et discussion des hypothèses

Notre étude vise à décrire le stress aigu vécu par les femmes ayant subi une césarienne en urgence.

La méthode adoptée est qualitative descriptive basée sur l'étude de cas. Le recueil des données a été fait à partir de deux techniques qui sont l'entretien semi-directif et l'échelle d'impact de l'événement (IES-R). L'entretien semi-directif nous a permis d'obtenir des informations importantes sur les parturientes (le vécu des étapes de la grossesse, le vécu de l'expérience de l'accouchement et du post-partum immédiat), et l'échelle nous a servi à identifier les symptômes de stress aigu chez elles.

L'étude a porté sur cinq cas de femmes césarisées en urgence au niveau de la maternité de l'hôpital « Akloul Ali » d'Akbou. Les femmes interrogées sont des femmes mariées, des bipares qui ont vécu leur premier accouchement par voie basse, et dont âge variait entre 30ans et 40ans.

D'après les données des entretiens, la grossesse de la majorité de ces parturientes (Siham, Yasmina, Kahina, Nouara) était relativement facile, elles n'ont pas eu de problèmes de santé majeurs, contrairement à Nora qui a souffert de l'hypotension artérielle et de l'anémie.

Toutes ces parturientes ont bénéficié du soutien approprié et suffisant de la part de leur entourage. Elles étaient toutes satisfaites de l'assistance reçue, notamment en matière de soutien émotionnel et matériel.

La grossesse de toutes ces femmes est arrivée à son terme. Elles ont anticipé un accouchement normal, malheureusement, lors du travail certaines complications sont survenues (stagnation de la dilatation, double circulaire du cordon, position transverse du bébé, souffrance fœtale), ce qui a rendu nécessaire le recours à la pratique d'une césarienne. L'intervention a été vécue comme une épreuve pénible, car elles ont toutes frôlées la mort, elles avaient très peur pour elles et aussi pour leurs bébés pendant ces instants-là. Après l'intervention et une fois l'effet anesthésiant terminé, elles avaient toutes souffert de douleurs, particulièrement au niveau de la zone opérée. Les suites de couches étaient aussi difficiles en comparaison au premier accouchement (par voie naturelle), nous ont-elles précisé. Durant les tout premiers jours, elles ont eu des difficultés à se lever du lit et à reprendre l'alimentation. De plus, elles étaient soumises à des traitements médicaux pour juguler d'éventuelles

complications. Les propos tenus par la plupart des parturientes (4/5) témoignent de la fragilité de leur image de soi, se traduisant par la crainte de continuer à vivre avec une cicatrice et la peur du regard du conjoint.

Quant aux résultats obtenus à travers l'échelle d'IES-R qui permet de dépister les symptômes de stress aigu et de stress post-traumatique, nous avons constaté que l'expérience de la césarienne était pénible et traumatisante pour toutes ces femmes, au vu des circonstances entourant l'événement. Précisons encore que certains symptômes repérés paraissaient assez sévères chez la plupart de ces femmes (4/5), à savoir ceux liés à la reviviscence, à l'évitement de l'événement et à l'activation neurovégétative.

La confrontation des données des entretiens (des manifestations émotionnelles et comportementales (angoisse, pleurs, sensation de malaise, notamment en parlant du déroulement de l'accouchement et de l'annonce de la césarienne ...) avec celles de l'échelle, nous montre l'existence de symptômes d'un stress aigu chez la majorité des cas examinées. À partir de là, nous pouvons affirmer que notre hypothèse qui stipule que « les femmes césarisées en urgence présenteront des symptômes de stress aigu en post -partum immédiat, eu égard aux circonstances entourant l'événement», est relativement confirmée. Mais, il est à rappeler qu'un cas parmi les cinq évalués ne semble pas être vraiment affecté par cette situation, ce qui suscite de nouvelles interrogations....

Il serait important de souligner que les résultats des études réalisées sur cette thématique (Ayers 2004 ; Ryding *et al*, 1996 ; Sion, 2011) vont aussi dans le même sens, c'est-à-dire que dans la majorité des cas, la césarienne en urgence pourrait être vécue comme un traumatisme psychique. D'autres auteurs (El Gartati *et al*, 2016) ont aussi montré, par ailleurs, l'existence d'une association statistiquement significative entre la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et le stress aigu en post-partum.

Toutefois, nous tenons à préciser que les symptômes observés chez les femmes à cette période particulière de leur vie ne peuvent être uniquement liés aux conditions d'accouchement ou au type d'accouchement. D'autres facteurs internes (état de santé physique (cas de Nora), attitude envers la grossesse (cas de Nora et Yasmina), l'expérience d'accouchement antérieure, ressources psychologiques...) et externes (attitude des soignants...) sont susceptibles, en effet, d'intervenir pour intensifier ce stress déjà présent chez toutes les femmes en pré-partum mais surtout en post-partum de par les changements physiologiques et

psychologiques auxquelles elles sont soumises. Comme ces symptômes peuvent disparaître, dans le cas où certaines conditions favorables sont réunies, ils peuvent également se compliquer et se développer pour constituer un véritable trouble, surtout en l'absence d'un soutien social suffisant une fois rentrées chez elles ou d'un accompagnement médical approprié.

Ainsi, il nous paraît vraiment intéressant d'aborder cette thématique en explorant d'autres variables en jeu avec des outils techniques adaptés et spécifiques pour une meilleure compréhension de ce phénomène et pour une prévention précoce auprès des femmes en situation de vulnérabilité. Car lorsqu'on prend soin de la mère, on prend soin aussi de l'enfant, de sa santé et de son développement.

Toute femme enceinte aspire faire un accouchement normal. Mais il arrive parfois que l'accouchement présente des complications qui mettent la femme dans une situation de peur, craignant que sa vie et celle de son bébé soient en danger.

Parfois, les événements arrivent vite, c'est-à-dire, lors d'un accouchement normal des complications inattendues peuvent survenir, ce qui nécessite une césarienne en urgence, jugée par le gynécologue comme la seule issue. Cette situation peut mettre en émoi la femme qui ne s'attendait pas à un tel revirement de situation. Ce moment peut être vécu durement par cette dernière, allant jusqu'à lui engendrer un traumatisme. Plus grave suivront des signes d'apparition des symptômes de stress aigu ou post-traumatique.

L'objectif de notre recherche était de décrire le stress chez les femmes césarisées en urgence. Notre stage pratique, d'une durée de 45 jours, a été effectué au niveau de la maternité de l'établissement public hospitalier « Akloul Ali » d'Akbou. Notre groupe d'étude est constitué de 5 cas de femmes bipares césarisées en urgence.

Notre approche méthodologique est qualitative descriptive, et les techniques d'investigation choisies étaient l'entretien clinique de recherche et l'échelle d'impact de l'événement (IES-R).

Les résultats des entretiens et ceux de l'échelle ont, en effet, révélé que les femmes ayant subi une césarienne en urgence comme un événement inattendu, présentaient quelques symptômes de stress aigu. La césarienne pourrait donc constituer un événement traumatique. Certains symptômes détectés peuvent se développer en l'absence d'un accompagnement adapté et d'un soutien social suffisant.

Le stress post-traumatique survenant après un accouchement par césarienne en urgence ou même parfois programmée, est un phénomène sérieux qui mérite une attention particulière. Il est nécessaire qu'une recherche approfondie soit réalisée par des spécialistes pour mieux le comprendre et mieux cerner les moyens à mettre en œuvre pour une meilleure prise en charge des parturientes, et ce, afin de leur faire éviter des conséquences qui peuvent affecter leur santé mentale et aussi la relation qu'elles établiront avec leur enfant.

Liste bibliographique

- Association césarienne.(2016). *Les conséquences d'une césarienne pour la mère*. Récupéré de <https://www.cesarine.org/avenir/conséquences/>
- Association césarienne.(2017). *Les conséquences d'une césarienne pour le bébé*. Récupéré de <https://www.cesarine.org/apres/bebe/>
- Association Américaine de psychologie (2015).*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5è éd). Paris, France: Elsevier Masson.
- Astrid Krings, G. (2013). *État de stress post-traumatique (ESPT) suite à l'accouchement: Nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eyes Movement Desensitization an Reprocessing* [thèse de doctorat en psychologie, université de Lorraine,.....].Récupéré de <http://www.cfcopies.com/v2/leg/legdroi.php>
- Ayers, S. et Pickering, A. - D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? : A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 111-118. Récupéré de <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x>
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, screening and treatment. *Clinical obstetrics & gynecology*, 47(3), 552-567. DOI: 10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c
- Bloch, H. , Dépret,E., Gallo,A., Garnier,Ph., Gineste,M.-D., Leconte,P., Le Ny, J.-F., Postel,J., Reuchlin,M. et Casalis,D. (2002). *Dictionnaire fondamental de la psychologie* (2è éd). Paris, France: Larousse/ VUEF.
- Bloch, H., Chamama,R. et Gallo,A.. (2011). *Le grand dictionnaire de psychologie* (3è éd).Paris, France: Larousse.

- Bénony,H. et Chahraoui, K.(2013).*L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.

- Briex, M. (2008). Syndrome de stress post-traumatique en maternité. *Spirale*, 1(45), 199-201. DOI : 10.3917/spi.045.0199
- Briex, M. (2016). Vers un accompagnement plus humain de la grossesse et de l'accouchement. *Spirale*, 3(79), 183-193. DOI : 10.3917/spi.079.0183
- Ceschi, G. et Pictet, A. (2018). Echelle d'impact de l'événement, version révisée française (Impact of Event Scale-revised; IES-R-F). *Imagerie Mentale et Psychothérapie*, 255-260. Récupéré de <https://www.cairn.info/imagerie-mentale-et-psychotherapie>.
- Chiasson, M. (2016). *Mesure de l'état de stress post-traumatique chez les personnes âgées: Evaluation des propriétés psychométriques de l'impact of eventscale-revised*[Doctorat en psychologie clinique, université du Québec àTrois-Rivière]. Récupéré de <https://depot-e.uqtr.ca>
- Chouvier, B. et Attigui, P. (2016). *L'entretien clinique* (2è éd). Paris, France: Armand Colin.
- Delotte, J., Mialon,O.,D'Angello,L., Toullalan,O. et Bongain,A.(2007). Une brève histoire de la césarienne. *La Lettre du Gynécologue*, 321, 15-18. Récupéré de <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?>

- Elia, J.(2021). *Trouble de stress aigu et post-traumatique chez les enfants et les adolescents*. Récupéré de <https://www.merckmanuals.com/fr-ca>
- Espeset,A.(2010). *Césarienne des histoires dans l'histoire*. Communication présentée au 7è Congrès de Gynécologie Obstétrique &Reproduction de la Côte d'Azur-Hôtel Negresco, Nice, France. Récupéré de <https://docplayer.fr/31184640-Cesarienne-des-histoires-dans-l-histoire.html>
- Fernandez, L. et Pedinielli, J, L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 1(84) ,41-51. DOI : 10.3917/rsi. 084.0041
- Fleiszman, N. et Marcy, M. (2004). *No stress, respirez ,vous n'êtes plus stressé*. Paris, France : Dunod.
- Fuchs, F.et Benhamou, D. (2015). Césarienne et post-partum: Recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(10), 256-264. Récupéré de <https://doi.org/10.1016/j.jgn.2015.09.020>
- Graziani, P. et Swendsen, J(2005). *Le stress, émotions et stratégies d'adaptation* (2è éd).Paris, France: Armand colin.
- Grazia, S. (2015). *L'histoire de la césarienne: les raisons d'un succès*. [mémoire de master, école universitaire Maieutique Marseille méditerranée]. Récupéré de <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>
- Guelfi, J, D. et Rouillon, F. (2012). *Manuel de psychiatrie* (2è éd). Paris, France: Elsevier Masson.
- Hannachi, N. (2019). *Trouble du stress post-traumatique suite à l'accouchement: impact sur le bonding mère-enfant* [thèse de doctorat en psychologie, université de Lorraine].Récupéré de <https://hal.univ-lorraine.fr>
- Haut Autorité de Santé (2013). *La césarienne ce que toute femme enceinte devrait savoir*. France. Récupéré de <https://www.has-sante.fr>
- Joseph, S. (2000).Psychometric Evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 101-113. Récupéré de <https://doi.org/10.1023/A:1007777032063>
- Lansac, J. (2011). *Le grand livre de ma grossesse*. Paris, France: Eyrolles.
- Lansac, J., Body, G. et Magnin, G. (2011). *La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique* (3è éd). Paris, France: Elsevier Masson.
- Lansac, J., Descamps, P. et Oury, J.F. (2011). *La pratique de l'accouchement* (5è éd).Paris, France : Elsevier Masson.

- Brunet, M. (2011). *La préparation à la naissance et à la parentalité en secteur hospitalier: Pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes primipares* [mémoire de master, université d'Henri Poincaré, Nancy 1]. Récupéré de <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881967/document>
- Maurice-Szamburski, A. (2018). Analgésie multimodale, ce qu'il faut abandonner. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 22(5), 257-263. Récupéré de <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2018.08.006>
- Maynard, I.- J. (2010). *Le petit Larousse de la médecine* (2^e éd). Paris, France: Larousse.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*. Paris, France: L'Harmattan. Récupéré https://books.google.dz/books?id=curXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Pedinielli, J.-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, France: Armand colin.
- Pedinielli, J.- L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique* (3^e éd). Paris, France: Armand colin.
- Pedinielli, J, L. et Fernandez, L. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas* (3^e éd). Paris, France: Armand colin.
- Poinstaud, C. et Boukerrou, M. (2013). La césarienne selon Joël : la vraie ! *Mises à jour en gynécologie et obstétrique et techniques chirurgicales*. - Trente-septièmes Journées nationales du CNGOF, Paris, 345-357. Récupéré de <https://www.sudoc.fr/176620400>
- Ryding, E. L., Wijma, B. et Wijma, A. K. (1997). Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, 76, 856-861. Récupéré de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.3109/00016349709024365>
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de la psychologie* (2^e éd). Paris, France: Larousse/VUEF.
- Stora, J. B. (2000). *Que c'est je ? le stress*. Paris, France : Stauffacher.
- Wainsten, J, P. (2012). *Le Larousse Médical* (5^e éd). Paris, France: Larousse.
- Zablocki, B. (2009). *Du stress au bien être et la performance*. Belgique, Bruxelles: Edi.pro. Récupéré de https://books.google.dz/books/about/Du_stress_au_bien_%C3%AAtre_et_%C3%A0_la_perform.html?id=4er_SBqIVSUC&redir_esc=y

Annexes

Annexe 01

Guide d'entretien

Informations personnelles

-Nom, Prénom, Age:

-Niveau d'instruction:

-Situation professionnelle:

Axe 01 : déroulement de la grossesse

1-Avez-vous projeté de tomber enceinte ou c'est arrivé par hasard ?

2-Avoir un enfant c'est une décision que vous avez prise ensemble ou que vous avez prise seule ?

3-Quelle était votre réaction face cette nouvelle ? Et celle de votre mari ?

4-Comment votre entourage a accueilli cette nouvelle ?

5-Comment était votre état de santé durant cette période ?

- Avez-vous souffert de problèmes de santé particuliers?

- Avez-vous eu des changements au niveau de votre alimentation ?

- Comment était votre sommeil, vos rêves ?

6-Votre grossesse a-t-elle été marquée par un événement qui vous a inquiété ?

7- Comment votre conjoint s'est comporté durant votre grossesse ?

8-Avez-vous reçu de l'aide de votre famille, vos parents comment étaient avec vous ?

Axe 02 : réactions aux événements marquants

1-Comment avez-vous vécu les changements liés à la grossesse ?

2-Quelle était votre réaction aux premiers mouvements fœtaux ?

3-Quelle était votre première réaction à l'annonce du sexe ? Et celle de votre mari ?

Axe 03 : anticipation de l'accouchement

1-Comment avez-vous anticipé cet accouchement ?

2-Quel type d'accouchement avez-vous souhaité ?

Axe 04 : déroulement de l'accouchement

- 1- Pouvez-vous nous raconter comment s'est déroulé votre accouchement ?
- 2- Quelles étaient vos sensations lorsque vous avez eu des difficultés à accoucher ?
- 3- Avez-vous imaginé la possibilité d'accoucher par césarienne ?
- 4- Quand ils vous ont annoncé la césarienne, quelle a été votre réaction ?

Axe 05 : vécu de post-partum

- 1- Comment avez-vous vécu les premiers instants ?
- 2- Avez-vous demandé de voir votre enfant ou bien c'est eux qui vous l'ont ramené ?
Si oui, comment s'est-elle passée la rencontre ? Et comment l'avez-vous trouvé ?
- 3- Que pensez-vous de cette expérience ? Avez-vous toujours envi d'enfanter après cette épreuve ?
- 4- Comment était l'équipe soignante avec vous pendant ces instants-là ?
- 5- Avez-vous souffert de quelques difficultés ? Lesquelles ?
- 6- Avez-vous autre chose à nous rajouter ?

Annexe 02

Échelle d'impact de l'événement (IES-R)

Items	pas du tout 0	un peu 1	modérément 2	beaucoup 3	extrêmement 4
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Je me réveillais la nuit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Différentes choses m'y Faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Je me sentais irritable et en Colère	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Je me suis tenu(e) loin de Ce qui m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Des images de l'événement Surgissait dans ma tête	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et j'ai sursautais facilement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Items	pas du tout 0	un peu 1	moyennement 2	beaucoup 3	extrêmement 4
11. J'essayais de ne pas y penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotion à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. j'avais du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. J'ai ressenti des vagues de Sentiment intenses à propos de l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. J'ai essayé de l'effacer de Ma mémoire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. j'avais du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physique telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. j'ai rêvé à l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. J'étais aux aguets, sur mes Gardes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. J'ai essayé de ne pas en Parler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Annexe 03

Cas N°1



**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE
IES-R***

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I	
Ville		Code postal	

► **Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?**

- Répondez aux items en fonction des sept derniers jours ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
- Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
- Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

Items	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Je me réveillais la nuit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Différentes choses m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Je me sentais irritable et en colère	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et j'ai sursautais facilement	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

* Impact of Event Scale – Revised – IES-R © 2007 Daniel S. Weiss

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Items	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. J'avais du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. J'avais du mal à me concentrer	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. J'ai rêvé à l'événement	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Section réservée à l'intervenant

Score total

Nombre total d'items x

Nombre d'items remplis (≥ 20)* /

Score ajusté =

Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 33? Oui Non

Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour

Cas N°2

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE
IES-R*

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I	
Ville		Code postal	

► Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

1. Répondez aux items en fonction des sept derniers jours ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
2. Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
3. Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

Items	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
2. Je me réveillais la nuit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Différentes choses m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
4. Je me sentais irritable et en colère	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et j'ai sursautais facilement	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

* Impact of Event Scale – Revised – IES-R © 2007 Daniel S. Weiss

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Items	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. J'avais du mal à m'endormir	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
18. J'avais du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. J'ai rêvé à l'événement	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4

Questionnaire rempli par :	Date :		
Signature	Année	Mois	Jour

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Section réservée à l'intervenantScore total Nombre total d'items x Nombre d'items remplis (≥ 20)* / Score ajusté = Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 33? Oui Non

Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour

Cas N°3

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE
IES-R*

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I	
Ville		Code postal	

► Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

- Répondez aux items en fonction des sept derniers jours ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
- Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
- Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

Items	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
2. Je me réveillais la nuit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Différentes choses m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
4. Je me sentais irritable et en colère	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et j'ai sursautais facilement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

* Impact of Event Scale – Revised – IES-R © 2007 Daniel S. Weiss

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Items	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
15. J'avais du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
18. J'avais du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. J'ai rêvé à l'événement	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4

Questionnaire rempli par :	Date :		
Signature	Année	Mois	Jour

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Section réservée à l'intervenant

Score total		<input type="text" value="71"/>
Nombre total d'items	x	<input type="text" value="20"/>
Nombre d'items remplis (≥ 20)*	/	<input type="text"/>
Score ajusté	=	<input type="text"/>
Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 33?		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour

Cas N°4

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE
IES-R*

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I	
Ville		Code postal	

► Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

- Répondez aux items en fonction des sept derniers jours ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
- Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
- Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

Items	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
2. Je me réveillais la nuit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Différentes choses m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
4. Je me sentais irritable et en colère	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et j'ai sursautais facilement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4

* Impact of Event Scale – Revised – IES-R © 2007 Daniel S. Weiss

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Items	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
15. J'avais du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
18. J'avais du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
20. J'ai rêvé à l'événement	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Section réservée à l'intervenantScore total Nombre total d'items x Nombre d'items remplis (≥ 20)* / Score ajusté = Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 33? Oui Non

Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour

Cas N°5

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE
IES-R*

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I	
Ville		Code postal	

► Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

- Répondez aux items en fonction des sept derniers jours ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
- Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
- Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

Items	Pas du tout 0	Un peu 1	Modérément 2	Beaucoup 3	Extrêmement 4
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
2. Je me réveillais la nuit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
3. Différentes choses m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Je me sentais irritable et en colère	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et j'ai sursautais facilement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

* Impact of Event Scale – Revised – IES-R © 2007 Daniel S. Weiss

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Items	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. J'avais du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
18. J'avais du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
20. J'ai rêvé à l'événement	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Questionnaire rempli par :	Date :		
Signature	Année	Mois	Jour

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Section réservée à l'intervenant	
Score total	<input type="text" value="68"/>
Nombre total d'items	x <input type="text" value="20"/>
Nombre d'items remplis (≥ 20)*	/ <input type="text"/>
Score ajusté	= <input type="text"/>
Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 33?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :	
<input type="text"/>	

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour

Annexe 04

Tableau récapitulatif des résultats des cas à l'IES-R

Prénom	Siham	Nora	Yasmina	Kahina	Nouara
Score relatif à la reviviscence	16	25	23	25	25
Score relatif à l'évitement	10	28	29	27	28
Score relatif à l'hyperactivation	8	7	19	18	15
Score total	34	60	71	70	68
Signification	Symptômes légers	Symptômes sévères	Symptômes sévères	Symptômes sévères	Symptômes sévères

Résumé

Cette recherche a pour objectif de décrire le stress aigu vécu par les femmes bipares ayant subi une césarienne en urgence.

Nous avons adopté une démarche qualitative descriptive basée sur l'étude de cas. Pour la collecte des données, nous nous sommes servies de deux techniques : l'entretien clinique semi-directif et l'échelle d'impact de l'événement (IES-R). Nous avons effectué notre travail au niveau de la maternité de l'hôpital d'Akbou et notre groupe de recherche est composé de cinq cas de femmes césarisées en urgence. Les femmes interrogées sont des femmes mariées, bipares qui ont vécu leur premier accouchement par voie naturelle.

Les résultats de cette recherche montrent la présence de quelques symptômes de stress aigu chez les femmes.

Mots clés : femme bipare ; césarienne en urgence ; stress aigu.

Abstract

This research aims to describe the acute stress experienced by biparous women who have undergone an emergency cesarean section.

We adopted a qualitative descriptive approach based on the case study. For data collection, we used two techniques: the semi-structured clinical interview and the impact of event scale (IES-R).

We realised our research at the maternity of Akbou hospital, and our research group is made up of five cases of married, biparous women who experienced their first natural birth.

The results of this research show the presence of some symptoms of acute stress in women.

Key words : biparous women, emergency cesarean section, acute stress.